الطبيب والكاتب الأكثر مبيعًا على مستوى العالم

جابور ماتيه
GABOR MATÉ

عندما يقول الجسد لا

1690 مكتبة

دليل شامل لتأثير الضغط النفسي على الجسد وسُبل الشفاء منه

WHEN THE BODY SAYS NO



كتاب من أهم الكتب المطروحة لكلٍّ من المريض وطبيبه يمكنه أن ينقذ حياتك
- د. بيتر ليفين، مؤلف الكتاب الأكثر مبيعًا «إيقاظ النمر»

ترجمة: إيمـان سعـودي




عندما يقول
الجسد
لا

الطبيب والكاتب الأكثر مبيعًا على مستوى العالم

جابور ماتيه

GABOR MATÉ

عندما يقول الجسد لا

دليل شامل لتأثير الضغط النفسي على الجسد وسُبل الشفاء منه

WHEN THE BODY SAYS NO



كتاب من أهم الكتب المطروحة لكلٍّ من المريض وطبيبه. يمكنه أن ينقذ حياتك
- د. بيتر ليفين، مؤلف الكتاب الأكثر مبيعًا «إيقاظ النمر»

ترجمة: إيمان سعودي



إدارة التوزيع

00201150636428

لمراسلة الدار:

email:P.bookjuice@yahoo.com

Web-site: www.aseeralkotb.com

- العنوان الأصلي: When the Body Says No
- العنوان العربي: عندما يقول الجسد لا
- طُبِع بواسطة: vintage Canada edition, 2021

- ترجمة: إيمان سعودي
- تدقيق لغوي: نهال جمال
- تنسيق داخلي: معتز حسنين علي

- الطبعة الأولى: يناير 2023م
- رقم الإيداع: 2023/3734م
- الترقيم الدولي: 978-977-992-216-4

أهدي هذا الكتاب لذكرى أمي، جوديث لوفي، 1919-2001.

ولذكرى الدكتور هانز سيلي،

رجل عصر النهضة في القرن العشرين،

الرجل الذي لم تكف رؤاه العلمية

وحكمته الإنسانية يومًا عن التنوير.

«ليس المهم أن تكون أوَّل من يرى الشـيء،
ولكن أن تجد صلة قوية بين ما عُرِفَ فـي السـابق
وما لم يُعرف بعد، ذلك هو ما يشـكِّل جوهر الاكتشـاف العلمـي.
إن عملية ربط الأشياء معًا هـي التي يمكن أن ترتقـي بنا
إلـى الفهم الـحق والتقدُّم الـحقيقـي».

- *هانز سيلي، طبيب ومؤلف كتاب «ضغط الحياة»*

المحتويات

ملاحظة للقارئ

لطالما عرف الناس بفطرتهم أن العقل والجسد لا ينفصلان. جاءت الحداثة وجلبت معها شقاقًا مؤسفًا، انفصالًا بين ما نعرفه بكياننا كله وما يتقبله عقلنا المفكِّر كحقيقة. ومن بين هذين النوعين من المعارف غالبًا ما ينتصر النوع الأخير، الأضيق نطاقًا، لسوء الحظ.

لذلك يسرُّني ويشرِّفني أن أضع بين يدَي القارئ اكتشافات العلم الحديث التي تؤيد مبادئ الحكمة القديمة. كان ذلك هدفي الأساسي من تأليف هذا الكتاب. أما الهدف الآخر فكان أن أرفع مرآة في وجه مجتمعنا القائم على الضغط النفسي، حتى نعرف إلى أي مدى نساعد، بطرق لا إرادية لا حصر لها، في تفشِّي الأمراض التي ابتُلينا بها.

هذا ليس كتابًا للوصفات الطبية، لكني آمل أن يكون بالنسبة إلى قارئه محفزًا للتحوُّل الشخصي. فالوصفات تأتي من الخارج، أما التحوُّل فيبدأ من الداخل. يصدر كل عام العديد من الكتب التي تضم وصفات بسيطة من مختلف الأنواع، جسدية وعاطفية وروحية، ولا أنوي إضافة كتاب آخر إلى تلك القائمة. تفترض الوصفات أن هناك شيئًا بحاجة إلى إصلاح، أمَّا التحوُّل فيحفِّز عملية التعافي –بلوغ السلامة والكمال– لما هو موجود بالفعل. وفي حين أن النصائح والوصفات قد تكون مفيدة، فالأهم بالنسبة إلينا هو إدراكنا لأنفسنا ولطريقة عمل عقولنا وأجسادنا. عندما يولد ذلك الإدراك من سعينا وراء الحقيقة، يمكنه أن يستحث التحول. بالنسبة إلى أولئك الباحثين عن رسالة التعافي هنا، تبدأ هذه الرسالة في الصفحة الأولى مع أول دراسة حالة. كما قال عالم الفسيولوجيا العظيم والتر كانون: «ثمة حكمة في أجسادنا».

آمل أن يساعد هذا الكتاب الناس على التصالح مع الحكمة الداخلية التي نمتلكها جميعًا.

***

بعض الحالات المذكورة في هذا الكتاب مستقاة من السِّير الذاتية أو المذكرات المنشورة لمشاهير. لكن معظمها مأخوذ من خبرتي السريرية أو المناقشات التي سجَّلتُها مع أشخاص وافقوا على إجراء مقابلات والاستشهاد بها فيما يتعلق بتاريخهم الطبي والشخصي. ولأسباب تتعلَّق بالخصوصية، بُدِّلَت الأسماء (وظروف أخرى في بعض الحالات).

ولتلافي أن يكون هذا العمل أكاديميًّا بشكل تعجيزي للقارئ العادي، استُخدِمَت الحواشي باقتصاد. كما أُضيفَت المراجع الخاصة بكل فصل في نهاية الكتاب.

الخط المائل لي، ما لم يُذكر خلاف ذلك.

أرحِّب بالتعليقات على عنوان بريدي الإلكتروني: gmate@telus.net.

1

مثلث برمودا

ماري امرأة محليَّة في أوائل الأربعينيات من عمرها، قصيرة القامة ورقيقة ومراعية. كانت مريضتي طيلة ثماني سنوات إلى جانب زوجها وأطفالها الثلاثة. كان يلوح في ابتسامتها طيف من الخجل، شيء من استصغار الذات. كانت تضحك بسهولة. وعندما يشرق وجهها النضِر، يستحيل على المرء عدم الرد بالمثل. ما زال قلبي يدفأ -وينقبض حزنًا- كلما تذكَّرتُ ماري.

لم نتحدَّث أنا وماري كثيرًا قبل أن تظهر أولى إشارات المرض الذي قُدِّر أن يسلبها حياتها. بدت البداية بريئة للغاية: عدم اندمال جرح بحجم ثقب إبرة الخياطة في طرف إصبعها على مدى عدة أشهر. عزونا المشكلة إلى «متلازمة رينود»، حيث تضيق الشرايين الصغيرة التي تغذي الأصابع مما يحرم الأنسجة من الأكسجين. يزداد خطر الإصابة بالغرغرينا، وهو لسوء الحظ ما حدث لماري. وعلى الرغم من كثرة ترددها على المستشفى والتدخلات الجراحية العديدة، فإنها في غضون عام واحد كانت تتوسَّل من أجل الخضوع لعملية بتر تخلِّصها من الألم الخافق في إصبعها. بحلول الوقت الذي نالت فيه أمنيتها صار المرض متفشيًا، وفشلت أقوى المسكِّنات في تهدئة ألمها المستمر.

يمكن لمتلازمة رينود أن تحدث من تلقاء نفسها أو في أعقاب اضطرابات أخرى. المدخنون أكثر عُرضة للإصابة من غيرهم، وكانت ماري مدخنة شرهة منذ سنوات مراهقتها. أملتُ أن يعود تدفق الدم الطبيعي إلى أصابعها إن هي أقلعت عن التدخين. وبعد العديد من الانتكاسات نجحت ماري أخيرًا في الإقلاع. ولكن لسوء الحظ، اتضح أن متلازمة رينود هي نذير لشيء أسوأ بكثير، فقد شُخِّصَت ماري بمرض تصلُّب الجلد، أحد أمراض المناعة الذاتية، التي من بينها التهاب المفاصل الروماتويدي، والتهاب القولون التقرُّحي، والذئبة الحمامية الجهازية (SLE) وحالات أخرى عديدة لا يدرك الأطباء في العادة أن أصلها هو المناعة الذاتية، مثل مرض السكري والتصلب المتعدد وربما حتى مرض ألزهايمر. المشترك بينها جميعًا هو هجوم يشنُّه جهاز المناعة على الجسم، مسببًا تلفًا في المفاصل، أو النسيج الضام أو أي عضو تقريبًا، سواء العين أو الأعصاب أو الجلد أو الأمعاء أو الكبد أو المخ. في حالة تصلب الجلد (أو Scleroderma، وهي لفظة مشتقة من كلمة يونانية تعني «البشرة المتيبسة»)، يؤدي الاعتداء الانتحاري لجهاز المناعة إلى تصلب الجلد والمريء والقلب وأنسجة الرئتين وأعضاء أخرى.

فما الذي يشعل فتيل تلك الحرب الأهلية داخل الجسد؟

تتحدث الكتب الطبية من وجهة نظر بيولوجية بحتة. في بعض الحالات الفردية، تُذكَر السموم كعوامل مسبِّبة، ولكن في الغالب يُفترض أن الاستعداد الوراثي هو المسؤول الأول بالأساس. وتعكس مهنة الطب هذه العقلية الجسدية ضيقة النطاق. لم يخطر لأي من الاختصاصيين، ولا لي أنا بصفتي طبيب أُسرتها، أن نأخذ في الاعتبار تجارب ماري الخاصة، وإلى أي مدى قد تكون ساهمت في مرضها. لم يُظهِر أي منّا فضولًا تجاه حالتها النفسية قبل ظهور المرض، أو كيف أثَّر ذلك على مجراه ونتيجته النهائية. لقد عالجنا ببساطة كل عرَض من أعراضها الجسدية متى ما أظهر نفسه: أدوية الالتهاب والألم، عمليات استئصال أنسجة الغرغرينا وتحسين تدفق الدم، العلاج الطبيعي لاستعادة القدرات الحركية.

ذات يوم، ومن دون مقدمات، استجبتُ لهمسٍ من الحدس يخبرني بأن ماري بحاجة إلى أُذن مصغية، وطلبت منها تحديد موعد لمدة ساعة كي

يتسنَّى لها إخباري شيئًا عن نفسها وحياتها. عندما بدأتْ تتكلم، كانت المفاجأة مذهلة. فمن وراء أسلوبها الوديع الخجول اختبأ مخزون هائل من المشاعر المكبوتة. تعرَّضت ماري لسوء المعاملة وهي طفلة، حيث تُخلِّي عنها ونُقِلت من دار رعاية إلى أخرى. كانت تتذكَّر اختباءها في العليَّة وهي بنت السابعة، واحتضانها أخواتها الصغيرات بين ذراعيها، بينما كان أبواها بالتبني ثملَين ولا يكفان عن الشجار والصراخ بالأسفل.

قالت: «كنت خائفة جدًّا طوال الوقت، ولكن لأني الأخت الكبرى تحتَّم عليَّ حماية أخواتي. ولم يكن ثمة من يحميني».

لم تفصح ماري عن هذه الصدمات النفسية من قبل، ولا حتى لزوجها منذ عشرين عامًا، فقد تعلَّمت ألا تكشف مشاعرها لأي شخص، بمن في ذلك نفسها. التعبير عن مشاعرها في طفولتها أو إظهار الضعف والتشكيك كان ليعرِّضها للخطر. كان أمانها يكمن في مراعاة مشاعر الآخرين، وليس مشاعرها أبدًا. وقد علقتْ في الدور الذي فُرض عليها منذ كانت طفلة، ولم تدرك أن لها الحق هي الأخرى في أن يُعتنى بها، أن يُنصَت إليها، أن يراها أحدهم جديرة بالاهتمام.

وصفت ماري نفسها بأنها عاجزة عن قول لا، وأن مقاومتها تنهار أمام احتياجات الآخرين. ظل شغلها الشاغل زوجها وأطفالها –الذين صاروا على مشارف الشباب– حتى بعد أن اشتدت خطورة مرضها. فهل كان تصلب الجلد هو طريقة جسدها في رفض هذا التفاني الجارف أخيرًا؟

ربما كان جسدها يفعل ما عجز عقلها عن القيام به: التحرر من التوقع الطاغي الذي فُرض في البداية على الطفلة فكبرت لتفرضه هي على نفسها كبالغة، إيثار الآخرين على نفسها. أشرتُ إلى ذلك عندما كتبتُ عن ماري في مقالتي الطبية الأولى بصحيفة «جلوب آند ميل» عام 1993.

قلت: «إذا مُنعنا من تعلُّم قول لا، قد تضطر أجسادنا إلى قولها نيابةً عنَّا في النهاية».

واستشهدتُ ببعض المؤلفات الطبية التي تتناول الآثار السلبية للضغط النفسي في جهاز المناعة.

بعض الأطباء يستنكرون فكرة أن أسلوب التكيف العاطفي لدى المرء يمكن أن يكون أحد العوامل المسببة لتصلب الجلد أو غيره من الأمراض المزمنة. أرسَلَتْ إحدى أطباء الروماتيزم بمستشفى كندي كبير رسالة لاذعة إلى محرر «جلوب آند ميل» تدين فيها كلًّا من مقالي والصحيفة التي طبعتْه. واتهمتني فيها بأني عديم الخبرة وبأني لم أُجرِ أي بحوث.

لم يكن مفاجئًا أن يرفض أحد الأطباء وجود علاقة بين الجسد والعقل. ذلك لأن الازدواجية –فصل الشيء الواحد إلى شيئين– تلوِّن جميع معتقداتنا حول الصحة والمرض. نحاول فهم الجسد بمعزل عن العقل. نريد أن نَصِف البشر –أصحاءً كانوا أو مرضى– كما لو أنهم يعيشون بمعزل عن البيئة التي فيها يتطورون ويعملون ويلعبون، وفيها يحبون ويموتون. إنها تحيزات مدمجة خفيَّة لعقيدة الطب، يتشرَّبها معظم الأطباء في أثناء تدريبهم وينفذونها في عملهم.

بعكس العديد من التخصصات الأخرى، لم يستوعب الطب بعد درسًا مهمًّا من نظرية آينشتاين للنسبية: وهو أن حالة المراقِب تؤثر في الظاهرة قيد المراقبة وتؤثر في نتائجها. الافتراضات غير المفحوصة التي يعتنقها الباحث تحدد ما سيكتشفه وتقيِّده في الوقت ذاته، مثلما أشار هانز سيلي، الباحث التشيكي الكندي الرائد في ميدان الضغط النفسي. ففي كتابه «ضغط الحياة» يقول: «معظم الناس لا يدركون تمامًا إلى أي مدى تعتمد روح البحث العلمي والدروس المستفادة منه على وجهات النظر الشخصية للمكتشِفين. في عصر يعتمد إلى حد كبير على العلم والعلماء، تستحق هذه النقطة اهتمامًا خاصًّا».

في تلك الملاحظة الصادقة والكاشفة، أفصح سيلي، الذي هو طبيب بالأساس، عن حقيقة لم يستوعبها حتى يومنا هذا، بعد مضيِّ ربع قرن من الزمان، إلا قلة من الناس.

كلما أتقن الطبيب تخصصه، زادت معرفته عن جزء أو عضو معين من الجسم وقلَّ فهمه للإنسان الذي يسكن فيه هذا الجزء أو العضو. أجمع الأشخاص الذين تحاورتُ معهم من أجل هذا الكتاب على أنه لم يحدث قط أن دعاهم طبيب مختص أو طبيب أسرة إلى التطرُّق إلى المحتوى الشخصي الذاتي لحياتهم. في الواقع، كان هؤلاء الأشخاص يستشعرون نفورًا من هذا

الموضوع في معظم تعاملاتهم مع مهنة الطب. وبعد حديثي مع زملائي المختصين عن هؤلاء المرضى أنفسهم، وجدت أنه حتى بعد مرور سنوات عدة من علاج أحدهم، قد يظل الطبيب في حالة جهل تام بشأن حياة المريض وتجاربه خارج حدود المرض الضيقة.

في هذا الكتاب، قررتُ الكتابة عن آثار الضغط النفسي في الصحة، ولا سيما الضغوط الخفية وليدة ما بُرمِجنا عليه جميعًا في بداية حياتنا، النمط العميق والخفي لدرجة أنه يبدو وكأنه جزء من ذواتنا الحقيقية. وعلى الرغم من أنني قدَّمت أكبر قدر من الأدلة العلمية المتاحة التي تبدو مفهومة للقارئ العادي، فإن قلب الكتاب -على الأقل بالنسبة إليَّ- هو القصص الفردية التي استطعت مشاركتها مع القراء. ويصادف أيضًا أن تلك القصص قد تُعد الأقل إقناعًا في نظر أولئك الذين يرونها مجرد «أدلة متناقلة»[1].

وحده المفكر اللاضي[2] هو من يسعه إنكار المنافع الهائلة التي تعود على الجنس البشري من التطبيق الدقيق للمناهج العلمية. ولكن لا يمكن إثبات جميع المعلومات الأساسية في المعمل أو بالتحليل الإحصائي. لا يمكن اختزال جميع جوانب المرض إلى حقائق أثبتتْها تجارب عمياء[3] وبأشد الأساليب العلمية صرامة.

كتب إيفان إيليتش في كتابه «حدود الطب» قائلًا: «ما يخبرنا به الطب عن التعافي والمعاناة والموت يعادل ما يخبرنا به التحليل الكيميائي عن القيمة الجمالية للفخار».

إننا نحصر أنفسنا في عالم ضيق حقًّا إن استبعدنا من المعرفة المقبولة مساهماتِ التجربة الإنسانية وحكمةَ البشر.

---

(1) الدليل المتناقل هو الدليل المبني على القصص لا الوثائق الموضوعية، مما يجعل عملية التحقق منه معتمدة كليًّا على مصداقية الطرف صاحب الأدلة. (المترجمة).

(2) اللاضي هو الشخص المعارض للتكنولوجيا الكاره للماكينات وأساليب العمل الحديثة. (المترجمة).

(3) التجربة العمياء هي التجربة التي لا يعرف فيها المتطوع ولا الفريق البحثي معلومات الاختبار، وذلك تجنبًا لحدوث تحيزات مقصودة أو غير مقصودة في النتائج. (المترجمة).

لقد فقدنا شيئًا. في عام 1892 اشتبه الكندي ويليام أوسلر، وهو أحد أعظم الأطباء على مر العصور، في أن التهاب المفاصل الروماتويدي –حالة مرتبطة بتصلب الجلد– هو مرض ناجم عن الضغط النفسي. ورغم الأدلة العلمية الداعمة التي تراكمت على مدار 110 سنة منذ نشر أوسلر رسالته، فما زال طب الروماتيزم اليوم شبه رافض لتلك المعرفة. هذا هو ما آلت إليه مهنة الطب بفضل النهج العلمي الضيق. في نهوضنا بالعلم الحديث ليكون الحَكَم الفيصل في معاناتنا، حرصنا أكثر مما ينبغي على التخلص من تجليات العصور السابقة.

كما أشار عالم النفس الأمريكي روس باك، اعتاد الأطباء قبل ظهور التكنولوجيا الطبية الحديثة وعلم العقاقير الاعتماد على تأثير «الدواء الوهمي»[1]. حيث كان عليهم أن يلهموا كل مريض بالثقة في قدرته الداخلية على الشفاء. ومن أجل نجاح العملية، كان على الطبيب الإنصات إلى المريض، وبناء علاقة معه، وكان عليه أيضًا أن يثق في حدسه. تلك هي المناقب التي يبدو أننا فقدناها كأطباء عندما أصبحنا نعتمد بشكل شبه حصري على المعايير «الموضوعية» وطرق التشخيص القائمة على التكنولوجيا والعلاجات «العلمية».

لذلك لم يُدهشني استنكار طبيبة الروماتيزم. ما فاجأني كان رسالة أخرى إلى المحرِّر بعد بضعة أيام من الأولى –رسالة داعمة هذه المرة– من نويل هيرشفيلد، أستاذ الطب السريري بجامعة كالجاري. كتب قائلًا: «لقد تطور *علم المناعة العصبية النفسية* إلى نقطة ظهر فيها دليل مقنع، دليل استنبطه علماء من مجالات عدة يفيد بوجود علاقة وثيقة بين المخ وجهاز المناعة... لعل تركيبة المرء العاطفية واستجابته للضغط النفسي المستمر يلعبان دورًا فعليًّا في العديد من الأمراض التي يعالجها الطب –وإن كان لا يعرف (أصلها) بعد– أمراض مثل تصلب الجلد، وأغلب الأمراض الروماتيزمية،

(1) الدواء الوهمي أو «البلاسيبو» هو مادة خاملة تُعطى للمريض مع إيهامه نفسيًّا بأنها علاج فعَّال لمرضه، وعلى الرغم من عدم فعاليتها الحقيقية، فإنها كثيرًا ما تُحدث تأثيرًا دوائيًّا في الجسم. (المترجمة).

والتهاب الأمعاء، والسكري، والتصلب المتعدد، وجحافل من الحالات الأخرى التي تواجه كل تخصص طبي».

التجلي المدهش في هذه الرسالة كان وجود مجال جديد في الطب. ما هو *علم المناعة العصبية النفسية*؟ كما فهمت، فإنه علم التفاعلات بين العقل والجسد، الوحدة التي لا تنفصم بين العواطف ووظائف الأعضاء في التطور البشري وطيلة حياة الإنسان في صحته ومرضه. هذا المصطلح المعقد إلى حدٍّ مخيف يعني ببساطة المجال الذي يبحث الطرق التي تتفاعل فيها النفس –العقل ومحتواه من العواطف– مع الجهاز العصبي وكيف يشكِّل كلاهما بدوره رابطًا أساسيًّا مع دفاعاتنا المناعية. أطلق البعض على هذا المجال الجديد اسم *علم المناعة العصبية النفسية الهرمونية*، وذلك للإشارة إلى أن جهاز الغدد الصماء أو الهرمونات هو أيضًا جزء من نظام استجابة الجسم كله. تُظهِر البحوث الجديدة الطريقة التي تعمل بها هذه الروابط بالضبط وصولًا إلى المستوى الخلوي. إننا نكتشف اليوم الأساس العلمي لشيء طالما عرفناه في الماضي، ثم نسيناه، وكم كانت خسارتنا فادحة.

أدرك الكثير من الأطباء على مر السنين أن العواطف تلعب دورًا قويًّا في التسبب في المرض أو استعادة الصحة. أجروا بحوثًا وألَّفوا كتبًا وتحدوا الأيدولوجية الطبية السائدة، لكن أفكارهم واستكشافاتهم وتجلياتهم اختفت مرة تلو مرة في شيء أشبه بمثلث برمودا طبي. لقد غاب مفهوم وحدة العقل والجسد الذي خلُصت إليه أجيال سابقة من الأطباء والعلماء من دون أثر، كأنه لم يشهد ضوء النهار قط.

صرَّحتْ إحدى المقالات الافتتاحية في عدد أغسطس من مجلة نيو إنجلاند الطبية عام 1985 وبكل ثقة واعتداد أنه «قد آن الأوان أن نعترف بأن الاعتقاد بأن المرض انعكاس مباشر لحالتنا النفسية هو إلى حدٍّ بعيد خرافة».

لم تعُد تصريحات كهذه مشروعة. فقد اعتُرف بـ «*علم المناعة العصبية النفسية*» الذي ذكره د. هيرشفيلد في خطابه إلى صحيفة «جلوب آند ميل»، حتى وإن لم تَنفُذ تجلياته بعد إلى عالم الممارسات الطبية.

تكفي زيارة خاطفة إلى المكتبات الطبية أو المواقع الإلكترونية لاكتشاف الموجة العاتية من الأوراق البحثية والمقالات والكتب الدراسية التي تتناول

تلك المعرفة الجديدة. كما وصلت المعلومة إلى كثيرٍ من العامة عن طريق الكتب والمجلات الشهيرة. الناس العاديون متقدمون على المتخصصين من نواحٍ عدة. إنهم ليسوا مقيَّدين بالأساليب القديمة، لذلك لا يجدون مشكلة في تقبُّل فكرة أن الإنسان لا ينقسم بهذه السهولة وأن الكائن البشري المدهش هو أكثر من مجرد مجموع أجزائه.

لا يعمل جهازنا المناعي بمعزل عن تجاربنا اليومية. على سبيل المثال، وُجِد أن الدفاعات المناعية التي تنشَط عادةً لدى الشباب الأصحاء تخمد لدى طلاب الطب تحت ضغط الامتحانات النهائية. وكلما اشتدت الوحدة التي يشعر بها الطلاب ازداد تأثر جهازهم المناعي بالسلب، ومن ثم صحتهم وسلامتهم في المستقبل. وقد ارتبط شعور الوحدة لدى مجموعة من المرضى النفسيين بنقص مُشابه في النشاط المناعي. لذلك حتى وإن افترضنا عدم وجود أدلة بحثية أخرى –على الرغم من وجود الكثير– فالمرء لا يسعه إلا أن يتفكَّر في الآثار طويلة المدى التي قد يسببها الضغط المزمن. الضغط المصاحب للامتحانات واضح وقصير المدى، لكن العديد من الناس يقضون حياتهم بأكملها عن غير قصد كما لو أنهم تحت أنظار ممتحِنٍ عنيف ومتصيد للأخطاء، عليهم إرضاؤه بأي ثمن. أغلبنا يعيش إما وحيدًا وإما في علاقة غير مُرضية عاطفيًّا لا تعترف باحتياجاته العميقة ولا تحترمها. إن العزلة والضغط يؤثران في العديد ممن يظنون أن حياتهم مقبولة إلى حد كبير.

كيف يتحوَّل الضغط النفسي إلى مرض؟ الضغط النفسي هو سلسلة معقدة من الاستجابات الجسدية والبيوكيميائية للمنبهات العاطفية القوية. من الناحية الفسيولوجية، فإن العواطف في حد ذاتها عبارة عن إفرازات كهربائية وكيميائية وهرمونية للجهاز العصبي. تؤثر العواطف وتتأثر بنشاط أعضائنا الرئيسة، وسلامة دفاعاتنا المناعية، وتأثير العديد من المواد البيولوجية المتدفقة التي تساعد في ضبط الحالة الجسدية. عندما تُقمع العواطف، كما فعلت ماري في طفولتها سعيًا للأمان، يُعطِّل هذا الكبح دفاعات الجسم ضد المرض، ذلك لأن القمع –أي فصل العواطف عن الوعي ونفيها إلى عالم اللاوعي– يربك دفاعاتنا الفسيولوجية ويشوِّشها بحيث تنحرف عن مسارها الصحيح عند بعض الناس وتصبح مدمِّرة للصحة لا حامية لها.

خلال السنوات السبع التي عملتُ فيها طبيبًا بوحدة الرعاية التلطيفية[1] في مستشفى فانكوفر، التقيت بالعديد من المرضى المصابين بأمراض مزمنة ممن يشبه تاريخهم العاطفي تاريخ ماري. ظهرت ديناميكيات وأساليب تكيُّف مشابهة في المرضى الذين جاؤوا إلينا للتخفُّف من آلام السرطان أو الأمراض العصبية الانتكاسية، مثل التصلب الجانبي الضموري (الذي يُعرف أيضًا في أمريكا الشمالية باسم «متلازمة لو جيهريج»، بعد أن توفي به لاعب البيسبول الأمريكي العظيم، ويُعرف في بريطانيا باسم «داء العصبون الحركي»). في عيادتي الخاصة، لاحظتُ الأنماط نفسها لدى مرضى التصلب المتعدد، والتهابات الأمعاء مثل التهاب القولون التقرُّحي وداء كرون، ومتلازمة الإعياء المزمن، واضطرابات المناعة الذاتية، والفيبرومالجيا[2]، والصداع النصفي، واضطرابات الجلد، وبطانة الرحم المهاجرة، والعديد من الحالات الأخرى. لم يتعلَّم أي من مرضاي المصابين بأمراض خطيرة قول لا في جوانب مهمة من حياتهم. حتى إن بدت شخصيات وظروف بعضهم مختلفة تمامًا عن ماري ظاهريًّا، فإن القمع العاطفي الكامن كان حاضرًا باستمرار.

أحد مرضاي الميؤوس من شفائهم كان رجلًا في منتصف العمر، رئيسًا تنفيذيًّا لشركة تروِّج لغضروف سمك القرش على أنه علاج للسرطان. بحلول الوقت الذي أُدخِل فيه إلى وحدتنا، كان السرطان الذي شُخِّص به مؤخرًا قد انتشر في جميع أنحاء جسده. ظل يأكل غضروف سمك القرش حتى يوم وفاته تقريبًا، لكن ذلك لم يكن بسبب إيمانه بقدراته الشفائية. كانت رائحته كريهة –نتنة لدرجة أن المرء ليلاحظها من مسافة بعيدة– ولم يسعني إلا تخيُّل مذاقه. أخبرني قائلًا: «أنا أكرهه، لكن شريكي في العمل سيُصاب بخيبة أمل كبيرة إذا توقَّفتُ عن أكله».

---

(1) الرعاية التلطيفية هي أحد مجالات الرعاية الطبية التي تركز على تخفيف معاناة المرضى المصابين بأمراض خطيرة وميؤوس منها. (المترجمة).

(2) الفيبرومالجيا أو الألم العضلي الليفي هو مرض مزمن يسبب ألـمًا واسع النطاق في العضلات والعظام مصحوبًا بمشكلات في المزاج والذاكرة والنوم والنشاط. يُعد من الأمراض المؤلمة نظرًا إلى تشويشه لطريقة معالجة الدماغ لإشارات الألم مضخمًا الإحساس به، ونظرًا إلى كونه بلا علاج حتى الآن. (المترجمة).

أقنعته بأن لديه كل الحق في أن يعيش آخر أيامه دون تحمُّل مسؤولية خيبات أمل شخص آخر.

إنها مسألة حساسة أن تطرح احتمالية أن الطريقة التي يتكيَّف بها الناس لعيش الحياة قد تُساهم في مرضهم. فالعلاقة بين السلوك والمرض اللاحق تكون واضحة في حالة التدخين وسرطان الرئة مثلًا، إلا لروَّاد صناعة التبغ على الأرجح. لكن يصعب إثبات هذه الصلة عندما يتعلق الأمر بالعواطف وظهور التصلب المتعدد أو سرطان الثدي أو التهاب المفاصل. فبعد أن تُصاب المريضة بالمرض، تجد فوق ذلك من يُشعرها بأنها مُلامة على كونها الشخص الذي هي عليه.

«لماذا تؤلف هذا الكتاب؟» هكذا سألني أستاذ جامعي يبلغ من العمر 52 عامًا ويتعالج من سرطان الثدي. قال لي بصوت يملؤه الغضب: «لقد أُصِبتُ بالسرطان بسبب جيناتي، وليس بسبب أي شيء فعلتُه».

جاء في المقالة الافتتاحية لعام 1985 بمجلة نيو إنجلاند الطبية: «النظر إلى المرض والموت كإخفاقات شخصية هو شكل بغيض من أشكال إلقاء اللوم على الضحية. ففي الوقت الذي ينوء فيه المريض بعبء المرض، لا ينبغي لأحد أن يُثقِل كاهله ويجبره على تقبُّل كونه مسؤولًا عما أصابه».

سنعود إلى هذه المسألة الشائكة حول اللوم المفترض. هنا سأشير فقط إلى أن اللوم والإخفاق ليسا قضيتنا. مثل هذه المصطلحات تحجب الصورة ليس إلا. وكما سنرى، فإن إلقاء اللوم على المتألم –بصرف النظر عن كونه قاسيًا من الناحية الأخلاقية– لا أساس له مُطلقًا من وجهة النظر العلمية.

تخلط مقالة نيو إنجلاند الطبية بين اللوم والمسؤولية، ففي حين أننا جميعًا نخشى *اللوم*، فإننا جميعًا نرغب في أن نكون أكثر *مسؤولية*، أي أن نقدر على *الاستجابة* بوعي لظروف حياتنا بدلًا من مجرد التكيُّف. كلٌّ منا يريد أن يكون صاحب السلطة في حياته: المسؤول، القادر على اتخاذ قرارات سليمة فيما يؤثر فيه. لا توجد مسؤولية حقيقية من دون وعي. أحد مَواطن الضعف في النهج الطبي الغربي هو أننا جعلنا الطبيب صاحب السلطة

الوحيدة، ولا يتعدى المريض في الغالب كونه متلقيًا للعلاج أو الدواء. لقد سُلِب الناس فرصتهم في أن يكونوا مسؤولين حقًا. لا يمكن لأحدٍ منا أن يُلام على ابتلاء بالمرض أو الموت. فقد نُبتلى جميعًا في أي وقت، ولكن كلما تعلمنا المزيد عن أنفسنا، قل خطر أن ينتهي بنا الحال ضحايا سلبيين.

لا بد من رؤية روابط العقل والجسد، ليس فقط لفهم المرض بل أيضًا لفهم الصحة. كتب د. روبرت ماندر، أستاذ الطب النفسي بجامعة تورنتو، عن تفاعل العقل والجسد في المرض. وقال لي في أحد لقاءاتنا: «إن محاولة فهم مسألة الضغط النفسي وحلها قد تؤدي إلى حياة صحية أكثر مما لو تجاهلنا المسألة».

في رحلة التعافي، يمكن لكل معلومة وكل شذرة من الحقيقة أن تلعب دورًا حاسمًا. إن كان ثمة رابط بين العواطف ووظائف الأعضاء، فإن عدم إعلام الناس بذلك سيحرمهم من أداة قوية.

وهنا نواجه قصور اللغة. فحتى الحديث عن الروابط بين العقل والجسد يوحي ضمنًا أن ثمة كيانين منفصلين مرتبطين ببعضهما بطريقة ما. لكن لا وجود لمثل هذا الانقسام في الحياة؛ لا وجود لجسد من دون عقل، لا وجود لعقل من دون جسد. لقد ابتُكرت كلمة *mindbody للتعبير عن الوضع الحق للأشياء.*

حتى في الغرب لا تُعد معضلة العقل والجسد جديدة تمامًا. ففي إحدى محاورات أفلاطون، يقتبس سقراط استنكار أحد الأطباء الإغريق في تراقيا[1] لزملائه قائلًا: «لهذا السبب لم يكتشف بعد أطباء هيلاس علاج العديد من الأمراض؛ إنهم غافلون عن الصورة الكبرى. إن أطباء العصر يرتكبون خطأً جسيمًا في علاجهم لجسم الإنسان، وذلك بفصلهم العقل عن الجسد».

لا يمكنك فصل العقل عن الجسد، كما قال سقراط منذ ما يقرب من ألفي سنة ونصف قبل ظهور *علم المناعة العصبية النفسية الهرمونية*!

(1) تراقيا بلد قديم يقع جنوب شرق البلقان واستعمره الإغريق القدماء. (المترجمة).

لم يكن تأليفي كتاب «عندما يقول الجسد لا» مجرد تأكيد لبعض الأفكار التي ذكرتُها لأول مرة في مقالتي حول تصلب الجلد الذي أصاب ماري. فقد تعلَّمتُ الكثير وصرت أقدِّر بشدة عمل مئات الأطباء وعلماء النفس والباحثين الذين رسموا خارطة العقل والجسد لأول مرة. لكن العمل على هذا الكتاب كان أيضًا استكشافًا داخليًّا للطرق التي قمعتُ بها أنا الآخر عواطفي الشخصية. لقد تعيَّن عليَّ خوض هذه الرحلة الاستكشافية من أجل الإجابة عن سؤال طرحه عليَّ أحد الاستشاريين بـ «معهد كولومبيا البريطانية للسرطان»، حيث ذهبتُ لبحث دور القمع العاطفي في السرطان. وحيث بدا أن ثمة إنكارًا أوتوماتيكيًّا لدى مرضى الأورام الخبيثة للألم النفسي أو الجسدي وللمشاعر المزعجة مثل الغضب أو الحزن أو الرفض. سألني الاستشاري: «ولكن ما علاقتك الشخصية بالمسألة؟ ما الذي يجذبك إلى هذا الموضوع بالذات؟».

عاد بي السؤال إلى ذكرى حدثت منذ سبعة أعوام. في إحدى الأمسيات ذهبت لرؤية أمي البالغة ستة وسبعين عامًا في دار رعاية المسنين الذي كانت تقيم فيه. كانت تعاني ضمورًا عضليًّا مستفحلًا، وهو مرض وراثي يصيب العضلات يجري في دماء عائلتنا. ولأنها كانت عاجزة عن مجرد الجلوس من دون مساعدة، لم يعد بوسعها العيش في المنزل. زارها أبناؤها الثلاثة وعائلاتهم بانتظام حتى يوم وفاتها، التي حدثت تحديدًا وقت بداية تأليفي هذا الكتاب.

سرتُ بعرج طفيف في رواق دار الرعاية. كنت قد خضعت في ذلك الصباح لعملية جراحية بسبب تمزق غضروفي في الركبة، حدث نتيجة تجاهلي لما كان يقوله لي جسدي بلغة الألم كلما ركضتُ على الأسمنت. فتحت باب غرفة والدتي، وإذا بي أتوجه تلقائيًّا إلى فراشها بخطوات سريعة طبيعية غير عابئة بالألم لتحيتها. الدافع لإخفاء العرج لم يأتِ عن وعي، وانجرافي وراء الدافع حدث قبل حتى أن أدرك. ثم في وقت لاحق تساءلت عما ساقني بالضبط إلى هذا التصرف غير الضروري؛ غير ضروري لأن والدتي كانت لتتقبل بهدوء أن ابنها البالغ واحد وخمسين عامًا يعاني بسبب ساقٍ عرجاء بعد مرور اثنتي عشرة ساعة فقط من خضوعه للجراحة فيها.

إذن ما الذي حدث؟ كان دافعي التلقائي لحماية أمي من رؤية ألمي، حتى في تلك الحالة غير الضارة، هو رد فعل متجذر بعمق ولا علاقة له بالاحتياجات الراهنة لأيٍّ منا. ذلك القمع كان ذكرى، استحضار لديناميكية جرى حفرها في عقلي النامي قبل أن أقدر حتى على إدراكها.

أنا أحد الأطفال الناجين من الإبادة الجماعية النازية، حيث عشت معظم السنة الأولى من عمري في بودابست تحت الاحتلال النازي. قُتل جدي وجدتي من أمي في أوشفتز عندما كان عمري خمسة أشهر، ورُحِّلَت خالتي أيضًا ولم يسمع عنها أحد، وكان والدي في كتيبة عمل قسري لخدمة الجيوش الألمانية والمجرية. نجوت أنا وأمي بأعجوبة من الأشهر التي قضيناها بالحي اليهودي في بودابست. اضطرَّتْ إلى أن تفارقني لبضعة أسابيع، حيث كان ذلك سبيلها الوحيد لإنقاذي من موت مؤكد بسبب الجوع أو المرض. لا يحتاج المرء إلى خيال واسع ليفهم أن أمي في حالتها النفسية تلك، وتحت الضغوط غير الآدمية التي كانت تواجهها يوميًا، نادرًا ما استطاعت منح الابتسامات الرقيقة والاهتمام الكامل الذي يحتاج إليه الرضيع النامي لغرس إحساس بالأمان والحب غير المشروط في عقله. أخبرتني والدتي في الواقع بأنها مرَّت بأيام وصل بها اليأس إلى منتهاه، حتى إن واجب رعايتي كان هو دافعها الوحيد للنهوض من الفراش. تعلَّمتُ مبكرًا أن عليَّ أن أبذل جهدًا لنيل الاهتمام، وألا أثقِل على والدتي قدر الإمكان، وأن الأسلم هو أن أقمع قلقي وألمي.

في التفاعلات الصحية بين الأم ورضيعها، تكون الأم قادرة على رعاية الرضيع دون أن يبذل جهدًا من أي نوع مقابل ما يتلقَّاه. لم تستطع أمي توفير تلك الرعاية غير المشروطة لي، ونظرًا إلى أنها ليست قديسة أو معصومة من الخطأ، فالأرجح أنها لم تكن لتنجح كليًّا في ذلك، حتى من دون الأهوال التي عانتها عائلتنا.

وفي ظل هذه الظروف أصبحت حاميًا لوالدتي، أحميها في المقام الأول من الوعي بألمي. ما بدأ كتأقلم دفاعي تلقائي للرضيع سرعان ما تجمد ليصبح نمط شخصية ثابتًا، حتى إنه لم يزل يسوقني بعد واحد وخمسين عامًا إلى إخفاء حتى أدنى مشاقِّي الجسدية عن أمي.

لم أخطط لمشروع «عندما يقول الجسد لا» ليكون هكذا. أردت له أن يكون رحلة فكرية لاستكشاف نظرية شائقة من شأنها أن تساعد في تفسير صحة الإنسان ومرضه. كان دربًا سلكه آخرون قبلي، ولكن هناك دائمًا المزيد لاستكشافه. لكن السؤال الذي طرحه عليَّ الاستشاري هو ما دفعني إلى مواجهة مسألة القمع العاطفي في حياتي الشخصية. أدركتُ أن عرجي الخفي كان مجرد مثال واحد بسيط.

لذلك خلال تأليفي هذا الكتاب لم أصف فقط ما تعلمتُه من الآخرين أو من المراجع الطبية، ولكن أيضًا ما شهدتُه في نفسي. تؤثر ديناميكيات القمع فينا جميعًا. كلنا ينكر ذاته أو يخونها بدرجة أو بأخرى، وبطرق هو في الغالب ليس واعيًا لها، مثلما لم أكن واعيًا حينما (اتخذتُ القرار) بإخفاء عرجي. عندما يتعلق الأمر بالصحة أو المرض، تصبح المسألة مسألة درجات، ومسألة وجود أو غياب عوامل أخرى –مثل الوراثة والمخاطر البيئية– التي تهيئ أيضًا للإصابة بالأمراض. لذلك، في إثبات أن القمع هو سبب رئيس للضغط النفسي ومساهم كبير في المرض، لا أُشهِر أصابع الاتهام في أوجه الآخرين «لجلبهم المرض على أنفسهم». هدفي من هذا الكتاب إنما هو تعزيز التعلُّم والتعافي، وليس مضاعفة حاصل اللوم والخزي، فثقافتنا زاخرة بكليهما. ربما أكون حساسًا أكثر من اللزوم تجاه مسألة اللوم، ولكن هكذا يشعر معظم الناس على أي حال. أما الخزي فهو أنكى «العواطف السلبية»، شعور سنفعل أي شيء تقريبًا لتحاشيه. ولكن لسوء الحظ، خوفنا الدائم من الخزي يعوق قدرتنا على رؤية الواقع.

***

رغم الجهود الجبارة التي بذلها العديد من الأطباء، توفيت ماري بمستشفى فانكوفر بعد ثماني سنوات من تشخيصها، متأثرة بمضاعفات تصلُّب الجلد. ظلت محتفظة بابتسامتها الرقيقة حتى النهاية، رغم ضعف قلبها وصعوبة تنفسها. كانت تطلب مني بين الحين والآخر تحديد مواعيد لزيارات طويلة خاصة، حتى في المستشفى خلال أيامها الأخيرة. لم تكن تريد سوى الدردشة،

حول الأمور الجادة والتافهة على السواء. قالت لي ذات مرة: «لم ينصت لي أحدٌ قط سواك».

تساءلتُ أحيانًا كيف كانت حياة ماري لتتغير لو أنها وجدت من يسمعها ويراها ويفهمها عندما كانت طفلة صغيرة، تتعرض لسوء المعاملة والخوف وتشعر بالمسؤولية تجاه أخواتها الصغيرات. ربما لو كان أحدهم موجودًا لأجلها بشكل ثابت وموثوق، لتعلَّمتْ أن تقدِّر نفسها، وأن تعبِّر عن مشاعرها، وأن تصِر على غضبها كلما غزا أحدهم حدودها الجسدية أو النفسية. لو أنها عاشت تلك الحياة، هل كانت لتظل حية؟



2

طفلة أروع من الخيال

لعلي أهوِّن من الحقيقة عندما أقول إن ربيع وصيف عام 1996 كانا فترة عصيبة في حياة ناتالي. في مارس من ذاك العام، سُرِّح ابنها البالغ من العمر ستة عشر عامًا من إقامة امتدت ستة أشهر بإحدى مصحات علاج الإدمان. كان يتعاطى المخدرات والكحول طيلة العامين السابقين وطُرد من مدرسته مرارًا. تقول والدته، الممرضة السابقة البالغة ثلاثة وخمسين عامًا: «كان الحظ حليفنا أن أدخلناه في برنامج الإقامة العلاجية. ولم يمر طويلًا على عودته إلى المنزل حتى شُخِّص زوجي أولًا، ثم شُخِّصت أنا».

في يوليو، خضع زوجها بيل لعملية جراحية بسبب ورم خبيث في الأمعاء، وقيل لهم بعد العملية إن السرطان انتشر إلى كبده.

من حين لآخر كانت ناتالي تعاني الإعياء والدوار والطنين في أذنيها، بيد أن أعراضها كانت تظهر لفترات قصيرة وتختفي من دون علاج. في السنة التي سبقت تشخيصها صارت متعَبة أكثر من المعتاد. ثم دفعتْها نوبة من الدوار في يونيو إلى إجراء مسح بالأشعة المقطعية، وخرجت النتائج سلبية. وبعد شهرين أظهر فحص بالرنين المغناطيسي لمخ ناتالي التشوهات المميزة المرتبطة بالتصلب المتعدد: بؤر التهابية في المناطق التي تضرر

فيها غشاء الميالين أو تلف، وغشاء الميالين هو النسيج الدهني الذي يحيط بالخلايا العصبية ويبطِّنها.

إن التصلب المتعدد (أو «التيبس» باليونانية) هو الأكثر شيوعًا بين ما يُطلق عليه أمراض زوال الميالين، وهي أمراض تعوق عمل خلايا الجهاز العصبي المركزي. تعتمد أعراضه على مكان حدوث الالتهاب والضرر. المناطق الرئيسة المعرَّضة للهجوم عادةً ما تكون الحبل الشوكي، وجذع الدماغ، والعصب البصري (حزمة الألياف العصبية التي تحمل المعلومات البصرية إلى المخ). إن حدث التلف في منطقة ما من الحبل الشوكي، ستظهر أعراض تتراوح بين الخدر والألم وغيرهما من الأحاسيس المزعجة في الأطراف أو الجذع. قد يظهر أيضًا شد أو ارتخاء لا إرادي للعضلات. وإن حدث التلف في الجزء السفلي من المخ (جذع الدماغ)، فإن فقد الميالين قد يؤدي إلى رؤية مزدوجة أو مشكلات في الكلام أو التوازن. أما إن حدث التلف في العصب البصري فقد يعاني المريض فقدانًا بصريًّا مؤقتًا. العرض الشائع هو الإعياء، وهو شعور عارم بالإنهاك يتجاوز التعب المعتاد.

استمر دوار ناتالي خلال فصل الخريف وبداية فصل الشتاء بينما واصلت الاعتناء بزوجها في أثناء فترة نقاهته من عملية الأمعاء ودورة العلاج الكيميائي التي امتدت إلى اثني عشر أسبوعًا. ولفترة زمنية بعدها تمكن بيل من استئناف عمله وكيلًا للعقارات. ثم خضع في مايو عام 1997 لعملية جراحية ثانية لاستئصال الأورام من كبده.

تقول ناتالي: «بعد عملية الاستئصال التي أزالوا فيها 75 بالمئة من كبده، أصيب بيل بجلطة دموية في الوريد البابي[1]. **أصابت منه مقتلاً**. وصار بعدها مشوَّشًا وعنيفًا للغاية».

لاقى بيل حتفه عام 1999، ولكن ليس قبل أن يعرِّض زوجته لعذاب نفسي لم تكن لتتخيله.

درس الباحثون في كولورادو مئة شخص يعانون نوعًا من التصلب المتعدد يسمَّى «الناكس الهاجع»، والذي تتناوب فيه هجمات المرض مع

(1) الوريد البابي هو الوعاء الدموي الرئيسي الذي ينقل الدم من أعضاء البطن إلى الكبد. (المؤلف).

فترات هدوء خالية من الأعراض. كان ذلك النوع هو ما أصاب ناتالي. وقد وُجد أن المرضى المثقَلين بضغوط نفسية شديدة من حيث الكَيف، مثل المشكلات الكبرى في العلاقات أو انعدام الأمن المالي، هم أكثر عرضة للنوبات بأربعة أضعاف تقريبًا مقارنة بغيرهم.

تقول ناتالي: «ظل الدوار يداهمني كثيرًا خلال فترة عيد الميلاد عام 1996، ولكن بعدها استعدتُ مئة بالمئة من عافيتي تقريبًا. شعرت فقط بغرابة طفيفة في طريقة مشيتي. وعلى الرغم من كل المشكلات التي صاحبتْ استئصال كبد بيل -حيث اضطررت إلى نقله إلى جناح الطوارئ أربع مرات بين شهرَي يوليو وأغسطس- كنتُ بخير. بدا لي أن بيل يتحسن، وحَدَانا الأمل بألا يكون هناك المزيد من المضاعفات. وهنا أصابتني نوبة أخرى».

جاءت الهجمة عندما ظنت ناتالي أن بوسعها الاسترخاء قليلًا، عندما لم تعد خدماتها مطلوبة بصفة عاجلة.

تابعتْ: «كان زوجي من نوع الأشخاص الذين يرون أنهم ليسوا مضطرين إلى فعل شيء ما داموا لا يرغبون في فعله. لطالما كان كذلك. وعندما صار مريضًا، قرر ببساطة أنه قطعًا لن يفعل أي شيء. كان يجلس على الأريكة ويفرقع بأصابعه، وعندما تسمع الفرقعة، عليك أن تلبي النداء فورًا. حتى الأطفال ضاقوا به ذرعًا. وأخيرًا في الخريف، عندما تحسنتْ صحته، أرسلتُه إلى خارج المدينة لبضعة أيام مع بعض الأصدقاء. قلتُ لهم إنه يحتاج إلى الخروج من المنزل».

سألتُها: «وما الذي كنتِ *أنتِ* تحتاجين إليه؟».

- لقد نفد صبري. قلتُ لهم خذوه بعيدًا للعب بعض الغولف لبضعة أيام. وجاء هذا الصديق وأخذه، وبعد ساعتين أدركت أني مصابة بنوبة.

ما الذي عساها تكون قد تعلَّمتْه من هذه التجربة؟

تقول ناتالي بتردد: «حسن، تعلَّمتُ أني بحاجة إلى معرفة الوقت الذي يجدر بي الانسحاب فيه من وضع المساعدة. لكني لا أستطيع فعل ذلك ببساطة، ما دام أحدهم بحاجة إلى المساعدة، فلا بد من أن أساعد».

- بغض النظر عما يحدث لكِ؟

- نعم. لخمس سنوات ظللت ألهث، وما زلت لم أتعلم أن عليَّ ضبط وتيرة خطواتي كي لا أتعب. لا يكف جسدي عن قول لا، وما زلت مستمرة. إنني لا أتعلم.

كان لدى جسد ناتالي العديد من الأسباب لقول لا طوال فترة زواجها. كان بيل سكيرًا من العيار الثقيل ويسبب لها الإحراج كثيرًا. تقول: «كان يصبح نزقًا عندما يثمل. يصبح عدوانيًا، عنيفًا، يفقد أعصابه. نكون بالخارج في حفلة ما، وإن أزعجه شيء، يبدأ في الصياح في أوجه الناس وانتقادهم من دون سبب. كنت أستدير وأرحل ببساطة، وعندها يصب جام غضبه عليَّ لأنني لم أدعمه. وقد أدركتُ في غضون ثمانٍ وأربعين ساعة من تشخيصي بمرض التصلب المتعدد أن بيل لن يكون بجانبي».

بعد عودته من رحلة الغولف، شهد بيل بضعة أشهر من النشاط البدني. ثم تورَّط في علاقة مع امرأة أخرى، صديقة للعائلة.

تقول ناتالي: «فكرتُ: انظر إلى ما فعلتُه من أجلك. لقد عرَّضتُ صحتي للخطر. كنت بجانبك طوال الصيف. حينما طرق الموت بابك، جلست لاثنتين وسبعين ساعة في ذلك المستشفى بانتظار معرفة ما إذا كنتَ ستموت أم ستتعافى. واعتنيتُ بك بعد عودتك إلى البيت وها هي مكافأتك لي. رفسة في الوجه».

فكرة أن الضغط النفسي يُزيد من خطر الإصابة بالتصلب المتعدد ليست جديدة. كان طبيب الأعصاب الفرنسي جان مارتن شاركو أول من أعطى وصفًا طبيًا كاملًا للتصلب المتعدد. وقد قال في إحدى محاضراته عام 1868 إن المرضى يرون رابطًا بين «الحزن أو الاستياء المستمر الطويل» وبدء ظهور الأعراض.

وبعد خمس سنوات وصف طبيب بريطاني حالة أخرى مرتبطة بالضغط النفسي قائلًا: «للوقوف على أسباب المرض الفعلية، من المهم ذكر تصريح آخر أدلت به السيدة المسكينة سرًا إلى الممرضة، وهو أن سبب مرضها كان ضبط زوجها في الفراش مع امرأة أخرى».

من أجل هذا الكتاب، تحاورتُ مع تسعة أفراد مصابين بالتصلب المتعدد، ثمانية منهم كن من النساء. (60 بالمئة تقريبًا من المصابين بهذا المرض

نساء). وكانت الأنماط العاطفية التي انطوت عليها قصة ناتالي واضحة في كل فردٍ منهم، وإن لم تكن بالشدة نفسها في جميع الحالات.

تتفق الأدلة التي جمعتُها من محاوراتي مع البحوث المنشورة. ورد في مقالٍ بحثي عام 1970 أن «عديدًا من الباحثين في هذا المرض قد سجَّلوا انطباعًا سريريًّا مفاده أن الضغط النفسي ربما يكون متورطًا بصورة ما في نشأة مرض التصلب المتعدد». الارتباط العاطفي المفرط بأحد الأبوين، وانعدام الاستقلال النفسي، والحاجة الماسة إلى الحب والعاطفة، وعدم القدرة على الشعور أو التعبير عن الغضب، جميعها عُرِّفت منذ أمدٍ بعيد من قِبَل الباحثين الطبيين بأنها عوامل محتملة في التطور الطبيعي للمرض. وقد وجدت دراسة عام 1958 أنه في نحو 90 بالمئة من الحالات «عانى المرضى قبل ظهور الأعراض أحداثًا صادمة في حياتهم هددتْ (نظامهم الأمني)».

تناولتْ دراسة أُجريت عام 1969 دور الحالة النفسية في 32 مريضًا من إسرائيل والولايات المتحدة. وقد ظهرت لدى خمسة وثمانين بالمئة من هؤلاء المرضى أعراض، شُخِّصَت لاحقًا بالتصلب المتعدد، في أعقاب أحداث شديدة الوطأة. تباينت طبيعة الضغوطات تباينًا كبيرًا، من وفاة أو مرض الأحبة إلى تهديد مفاجئ بفقدان سبل العيش أو ربما حدث عائلي أدَّى إلى تغير دائم في حياة الفرد وتطلب مرونة أو تكيفًا يفوق قدرته. النزاع الزوجي المطوَّل والعبء الزائد في العمل كانا أيضًا ضمن مسببات الضغط.

يقول أصحاب الدراسة: «السمة المشتركة... هي الإدراك التدريجي لعجز المرء عن التعامل مع وضع صعب... مما يثير لديه مشاعر النقص أو الفشل».

ولا تتغير تلك الضغوطات باختلاف الثقافات.

قارنت دراسة أخرى بين مجموعة من مرضى التصلب المتعدد ومجموعة من الأصحاء. وكانت الأحداث المهددة أكثر شيوعًا بعشر مرَّات، والنزاع الزوجي أكثر تواترًا بخمس مرات في مجموعة التصلب المتعدد.

من بين النساء الثماني المصابات بالتصلب المتعدد اللاتي تحاورت معهن، كانت واحدة منهن فقط لا تزال في أول علاقة طويلة الأمد لها، أما الأخريات فقد مررن بتجارب انفصال أو طلاق. أربع منهن تعرضن للإيذاء

الجسدي أو النفسي من قِبل شركائهن في وقتٍ ما قبل ظهور المرض. وفي بقية الحالات كان الشركاء باردين عاطفيًّا ومُجافين.

***

كانت لويس صحفية في الرابعة والعشرين من عمرها عندما شُخِّصتْ بالتصلب المتعدد عام 1974. بعد بضعة أشهر من نوبة قصيرة من الرؤية المزدوجة شعرتْ بوخز وتنميل في ساقيها. كانت تعيش في العامين السابقين في مستوطنة محلية صغيرة في القطب الشمالي مع رجل يكبرها بتسع سنوات، فنان تصفه الآن بأنه مختل عقليًّا. وقد احتُجز في أحد المستشفيات لاحقًا بمرض الهوس الاكتئابي.

تتذكر قائلة: «كنت أقدِّسه. كان موهوبًا بشدة، وشعرت معه بأني لا أدري شيئًا. ربما كنت أخشاه قليلًا».

وجدتْ لويس الحياة في القطب الشمالي شاقة للغاية. «بالنسبة إلى فتاة مدللة من الساحل الغربي، كان الأمر أشبه بالانتقال إلى تمبكتو. ذهبتُ إلى طبيب نفسي بعد سنوات وقال لي: «أنتِ محظوظة بالخروج من هناك حية». كانت تلك البلدة مترعة بالخمر والموت والقتل والعزلة. لم تكن هناك طرق ممهَّدة. كنت خائفة جسديًّا من شريكي، من انتقاداته وغضبه. كانت قصة حب صيفية يُفترض أن تستمر بضعة أشهر، لكنها استمرت أعوامًا. حاولتُ الصمود بكل ما أستطيع، لكنه طردني في النهاية».

كانت ظروف المعيشة سيئة. «كان مرحاضنا في كوخٍ خارجي، وفي طقسٍ تصل حرارته إلى 40- أو 50- درجة، كان ذلك مروِّعًا. ثم تنازل وجلب لي دلو العسل، كما يسمونه، حتى أتبوَّل فيه ليلًا لأن النساء تحتاج إلى التبول أكثر من الرجال، أليس كذلك؟».

تساءلتُ: «أكان هذا تنازلًا؟».

- نعم، بالطبع. كنا نضطر إلى حمله بعيدًا وإفراغه، ولم يرُق له فعل ذلك. وفي إحدى الليالي ألقى بالدلو في الثلج وطلب مني استخدام المرحاض الخارجي. كنت أضطر إلى حمل المياه أيضًا، فلم تكن لدينا

مياه جارية. لم يكن أمامي خيار. ما دمتُ أريد البقاء معه، عليَّ أن أتحمل.

أتذكر قولي إن الشيء الوحيد الذي أريده منه هو الاحترام. لا أدري لماذا، لكن ذلك كان أهم شيء بالنسبة إليَّ. أردت ذلك بشدة لدرجة أنني كنت مستعدة للتغاضي عن الكثير.

تقول لويس إن حاجتها الماسة إلى نيل الاستحسان كانت تطغى على حياتها منذ نعومة أظافرها، ولا سيما على علاقتها بوالدتها. «لقد حوَّلتُ شريكي إلى والدتي التي طالما فرضتْ سيطرتها على حياتي، تخبرني ماذا أرتدي وكيف أزيِّن غرفتي وتخبرني بما عليَّ فعله منذ البداية. كنت طفلة أروع من الخيال. وهذا يعني أنني كنت أضحي برغباتي واحتياجاتي في سبيل نيل الاستحسان. كنت أحاول دائمًا أن أكون كما أراد لي أبواي أن أكون».

***

باربرا معالِجة نفسية -ناجحة للغاية كما تقول سُمعتها- تعمل مع العديد من المصابين بأمراض مزمنة. هي نفسها مصابة بالتصلب المتعدد. وتعارض بشدة الاقتراح القائل بأن القمع الذي نشأ في طفولتها له أي علاقة ببؤر الالتهاب والتندُّب المسبِّبة لأعراض مرضها.

نشأ التصلب المتعدد في حياة باربرا منذ ثمانية عشر عامًا. ظهرت الأعراض الأولى بعد فترة وجيزة من دعوتها لرجل معتل اجتماعيًّا كانت تعالجه في إحدى الإصلاحيات ليقيم في منزلها لمدة أسبوعين.

تقول: «كان قد خضع للكثير من العلاج، والفكرة كانت أن أمنحه فرصة جديدة».

وبدلًا من ذلك، عاث المريض فسادًا في منزلها وفي زواجها. سألتُ باربرا إن كانت لا ترى أن تلك الدعوة الموجَّهة إلى شخص مضطرب وخطير تشير إلى مشكلة كبيرة في وضع الحدود من جانبها.

قالت: «حسن، نعم ولا. ظننتُ أنه لا بأس بالأمر، لأن الاتفاق كان لأسبوعين لا أكثر. لكني لن أكررها ثانيةً أبدًا. من الواضح أنني قد صرتُ بارعة في وضع الحدود الآن لدرجة أن إحدى عملائي بدأت تناديني بملكة الحدود، إنها

معالِجة نفسية هي الأخرى، لذلك نمزح معًا بشأن الموضوع. لسوء الحظ كان عليَّ أن أتعلم بالطريقة الصعبة. في بعض الأحيان أعتقد أن مرضي بالتصلب المتعدد كان عقابًا لي على حماقتي».

هذه الإشارة إلى المرض كعقاب تثير مسألة مهمة، حيث إن المصابين بأمراض مزمنة كثيرًا ما يُتهمون، أو قد يتهمون أنفسهم، بأنهم يستحقون معاناتهم بطريقة أو بأخرى. لو أن منظور القمع / الضغط النفسي يوحي حقًّا بأن المرض عقاب، لأيدتُ رفض باربرا له. لكن السعي إلى الفهم العلمي بعيد كل البعد عن إلقاء المواعظ وإصدار الأحكام. عندما نقول إن القرار غير الحكيم بدعوة شخص مؤذٍ إلى المنزل كان مصدرًا للضغط النفسي ولَعِبَ دورًا في ظهور المرض، فذلك مجرد توضيح للعلاقة بين الضغط النفسي والمرض. الهدف هو مناقشة عاقبة محتمَلة، ليس كعقاب وإنما كحقيقة فسيولوجية.

أصرَّت باربرا على أن علاقتها بأبويها لم تكن سوى علاقة صحية زاخرة بالحب المتبادل: «كنتُ أنا وأمي على وفاق مع بعضنا بعضًا. لطالما كنَّا مقربتين للغاية».

قلت: «تعلُّم وضع الحدود يحدث في سنوات التكوين الأولى. لماذا إذن اضطررتِ إلى تعلُّم وضعها في وقت لاحق بالطريقة الصعبة؟».

- أنا أعرف الحدود، لكن أمي لا تعرفها. ذلك كان سبب أغلب نزاعاتنا، عجزها عن معرفة الخط الذي تنتهي هي عنده وأبدأ أنا.

يمكن التعرف على دعوة باربرا لرجلٍ خطير وغير سوي إلى منزلها كمسبِّب ضغط كبير، بيد أن التعرف على ضغط انعدام الحدود المزمن الذي سبق ذلك ليس بهذه السهولة. إنَّ طمس الحدود النفسية في مرحلة الطفولة يصبح مصدرًا أساسيًّا للضغط النفسي في الكِبَر، والذي يترك بدوره آثارًا سلبية مستمرة في الجهازين الهرموني والمناعي. ذلك لأن أصحاب الحدود الشخصية المائعة يعيشون مع الضغط النفسي، صار تعدِّي الآخرين عليهم جزءًا دائمًا من تجربتهم اليومية. ومع ذلك فإن هذه حقيقة تعلموا إقصاءها من وعيهم المباشر.

يقول أحد الكتب الطبية المرموقة في الطب الباطني: «لا يزال سبب، أو أسباب التصلب المتعدد غير معروفة». تنفي معظم البحوث وجود عدوى، على الرغم من احتمالية وجود فيروس. ربما تكون هناك عوامل وراثية، إذ يبدو أن المرض لا يصيب بعض الفئات العرقية، مثل شعب الإنويت في شمال أمريكا والبانتوس في جنوب إفريقيا. لكن علم الجينات لا يوضِّح مَن يُصاب بالمرض أو لماذا.

كتب طبيب الأعصاب لويس جي روزنر، الرئيس السابق لمركز التصلب المتعدد بجامعة كاليفورنيا في لوس أنجلوس: «في حين أنه يمكن للمرء أن يرث قابلية جينية للإصابة بمرض التصلب المتعدد، *فمن غير الممكن أن يرث المرض*. وحتى أولئك الذين يملكون كل الجينات الضرورية لا يُصابون بالضرورة بالتصلب المتعدد. يعتقد الخبراء أن هذا المرض لا بد أن يكون ناتجًا عن عوامل بيئية».

ما يعقِّد المسألة هو دراسات فحوص الرنين المغناطيسي والتشريح التي تُظهر العلامات المميزة لفقد الميالين في الجهاز العصبي المركزي لدى أشخاص لم تظهر عليهم قط علامات أو أعراض واضحة للمرض. لماذا يفلت بعض المصابين بتلك الآفة العصبية من التطور الصريح للمرض بينما لا يفلِت آخرون؟

ما عساها تكون تلك «العوامل البيئية» التي أشار إليها د. روزنر؟

إن كتاب د. روزنر الممتاز من نواحٍ أخرى عن التصلب المتعدد يرفض بإيجاز النظر إلى الضغط النفسي كعامل مساهم في ظهور الأعراض. ولكنه خلص بدلًا من ذلك إلى أن أفضل تفسير للمرض هو المناعة الذاتية على الأرجح.

ويشرح قائلًا: «يُصاب الشخص بالحساسية تجاه أنسجة جسمه، فيُنتج أجسامًا مضادة تهاجم الخلايا السليمة».

ويتغافل د. روزنر عن الدراسات الطبية الوفيرة التي تربط بين اضطرابات المناعة الذاتية نفسها والضغط النفسي وشخصية المرء، وهي علاقة حيوية سنستكشفها بشكلٍ أوفى في فصول لاحقة.

تناولتْ دراسة أُجريت عام 1994 بقسم طب الأعصاب في مستشفى جامعة شيكاغو تفاعلات الجهازين العصبي والمناعي ودورها المحتمَل في نشأة التصلب المتعدد. استُخدمت الفئران لإثبات أن أمراض المناعة الذاتية المستحدثة اصطناعيًّا تزداد سوءًا عندما تتعطل استجابة «الكر والفر». كانت قدرة الحيوانات على الاستجابة بشكل طبيعي للضغط النفسي كفيلة بحمايتها لو أنها تُركت دون مساس.

عانى مرضى التصلب المتعدد المذكورون في بحوث الضغط النفسي، وجميع من حاورتُهم، أوضاعًا مشابهة لتلك التي عانتها حيوانات المختبر المنكوبة في دراسة شيكاغو: لقد تعرَّضوا لضغط نفسي حاد ومزمن بسبب ظروف طفولتهم، وتعطَّلتْ قدرتهم على ممارسة سلوك الكر والفر الضروري. إن المشكلة الأساسية ليست في الضغط الخارجي، مثل أحداث الحياة المستشهَد بها في الدراسات، بل في العجز الذي تفرضه البيئة والذي يعيق استجابتَي الكر والفر الطبيعيتين. يصبح الضغط النفسي الداخلي الناتج مكبوتًا، ومن ثم غير مرئي. وفي نهاية المطاف، لا تعود احتياجات المرء غير الملباة أو اضطراره إلى تلبية احتياجات الآخرين أمرًا مرهقًا بالنسبة إليه. تصبح شعورًا طبيعيًّا. لقد جُرِّد من أسلحته.

***

فيرونيك تبلغ من العمر ثلاثة وثلاثين عامًا، وقد شُخِّصتْ بالتصلب المتعدد قبل ثلاثة أعوام. تقول «لقد مررتُ بنوبة رهيبة، لم أكن أعرف أنها نوبة... ألم في قدمَي، خدر ووخز يصل إلى أعلى صدري تقريبًا ثم يهبط مجددًا، ظللتُ هكذا لما يقرب من ثلاثة أيام. ظننتُ أن الأمر طريف، إذ كنت أكز نفسي ولا أشعر بأي شيء! لم أقُل شيئًا لأي أحد».

وأخيرًا أقنعها أحد الأصدقاء بطلب المساعدة الطبية.

قلت: «كنتِ تشعرين بخدر وألم من قدميك إلى أعلى صدرك ولم تخبري أحدًا؟ لماذا؟».

- لم أعتقد أن الأمر يستحق. ولو أخبرت أحدًا مثل أبوَي، لانزعجا.

- ولكن لو علمتِ أن أحدًا يشعر بخدر وألم من قدميه إلى أعلى صدره، هل كنتِ ستتجاهلينه؟

- لا، كنتُ سأهرع به إلى الطبيب.

- لماذا تعاملين نفسك أسوأ مما تعاملين الآخرين؟ ألديك فكرة؟

- لا.

الأكثر إفادة كانت إجابة فيرونيك عن سؤال ما إذا كانت تعرَّضتْ لأي تجارب مرهقة نفسيًّا قبل ظهور مرض التصلب المتعدد.

تقول: «لم تكن أمورًا سيئة بالضرورة. أنا طفلة متبناة. وأخيرًا بعد خمسة عشر عامًا من ضغط أمي بالتبني، بحثتُ عن أسرتي البيولوجية، وهو الأمر الذي لم أكن أريد فعله. ولكن من الأسهل دائمًا أن أذعن لمطالب أمي على أن أجادلها بشأنها، دائمًا! عثرتُ عليهم والتقيتهم، وانطباعي الأول كان... ربَّاه، لا يمكن أن صلة قرابة تجمعنا. كان اكتشاف ماضي أسرتي مرهقًا بالنسبة إليَّ لأني لم أكن بحاجة إلى معرفة أنني يُحتمل أن أكون وُلدت نتيجة اغتصاب محارم. هكذا بدا الأمر، لا أحد يروي القصة كاملة، وأمي البيولوجية تأبى أن تقول أي شيء. في ذلك الوقت أيضًا كنت عاطلة عن العمل، في انتظار الحصول على تأمين العمالة، وأعتمد كليًّا على النفقة الاجتماعية. وقبل ذلك بأشهر قليلة كنت قد طردتُ صديقي، إذ كان سكيرًا وعجزت عن تحمل الوضع لوقتٍ أطول. كانت سلامة عقلي على المحك».

تلك هي الضغوطات التي تصفها هذه السيدة الصغيرة بأنها ليست سيئة بالضرورة: الضغط المستمر من أمها بالتبني، التي تجاهلت رغبات فيرونيك، لتعثر على أسرتها البيولوجية المفككة وتجتمع بهم؛ اكتشاف أن الحمل بها ربما كان نتيجة اغتصاب محارم (من قِبل أحد أبناء العمومة، كانت والدة فيرونيك البيولوجية في السادسة عشرة من عمرها حينئذ)، العوز المالي، انفصالها عن صديقها السكير.

كانت فيرونيك تأخذ صف أبيها بالتبني. تقول: «إنه بطلي. لطالما كان حاضرًا من أجلي».

- لماذا إذن لم تذهبي إليه طلبًا للمساعدة عندما شعرتِ بضغط أمك؟

- لم أستطع قط الانفراد به. كان يجب عليَّ دائمًا أن أتجاوزها لأصل إليه.
- وما الذي فعله أبوكِ بخصوص كل هذا؟
- كان يكتفي بالمشاهدة فحسب. لكن أجزم لك بأن الأمر لم يكن يعجبه.
- يسعدني أنك تشعرين بالقرب من أبيكِ. ولكن يُستحسن أن تعثري لنفسك على بطل جديد، بطل يمكنه أن يمارس شيئًا من توكيد الذات[1]. فمن أجل أن تتعافي، عليكِ أن تصبحي بطلة نفسك.

***

توفيت عازفة التشيلو البريطانية الموهوبة جاكلين دو بري في عام 1987، عن عمرٍ يناهز الثانية والأربعين، إثر مضاعفات مرض التصلب المتعدد. وعندما تساءلتْ شقيقتها هيلاري في وقتٍ لاحق إذا كان الضغط النفسي سببًا في مرض جاكلين، أكَّد لها أطباء الأعصاب أن الضغط النفسي لم يكن متورطًا.

لم تتغير عقيدة الطب كثيرًا منذ ذلك الحين. ورد في أحد الكتيبات التي أصدرتها عيادة التصلب المتعدد بجامعة تورنتو نصيحة للمرضى تقول: «الضغط النفسي لا يسبب التصلب المتعدد، ومع ذلك يُنصح مرضى التصلب المتعدد بتجنب الضغط النفسي». إنها عبارة مضلِّلة. بالطبع الضغط النفسي لا يسبب التصلب المتعدد، ولا يوجد عامل واحد معين يسبِّبه. فلا شك أن ظهور مرض التصلب المتعدد يعتمد على عدد من التأثيرات المتفاعلة. ولكن هل يصح القول إن الضغط النفسي لا يساهم إلى حد كبير في ظهور هذا المرض؟ إن الدراسات البحثية وحياة الأشخاص الذين درسناهم تؤكد أنه يساهم. وهناك أيضًا الدليل الذي تقدمه حياة جاكلين دو بري، التي يُعد كلٌّ من مرضها ووفاتها مثالًا توضيحيًّا حيًّا على الآثار المدمِّرة للضغط النفسي الناجم عن القمع العاطفي.

كثيرًا ما ذرف الناس الدموع في حفلات دو بري الموسيقية. علَّق أحدهم على تواصلها مع الجمهور قائلًا: «كانت تأسر القلوب بحق وتتركنا جميعًا

(1) توكيد الذات هو تعبير المرء عن آرائه وحقوقه ورغباته بثقة وقوة. (المترجمة).

مفتونين». كان عزفها يفيض بالعاطفة، ويصبح أحيانًا كثيفًا بشكل لا يُحتمل. شقَّت دربًا مباشرًا إلى المشاعر. وكان حضورها على المسرح، على العكس من شخصيتها، متحررًا كليًّا: يتطاير شعرها ويتمايل جسدها بوهج اعتاد الناس رؤيته في موسيقى الروك أند رول أكثر منه في انضباط الموسيقى الكلاسيكية.

يقول أحد الشهود: «كانت تبدو فتاة قروية لطيفة ورزينة، ثم تمسِك بالتشيلو فتصبح كمن أصابها مس».

حتى يومنا هذا ما زالت بعض من عروض دو بري المسجلة لا مثيل لها، ولا سيما كونشرتو إلجار، وعلى الأرجح ستظل هكذا. كان هذا الكونشرتو آخر عمل بارز للملحن، أبدعه حينما اعترته حالة من اليأس في أعقاب الحرب العالمية الأولى. كتب إدوارد إلجار في عام 1917 يقول: «كل ما هو طيب ولطيف ونظيف وطازج وحلو قد رحل بعيدًا جدًّا، ولن يعود أبدًا». كان في العقد السابع من عمره، أي في غسق حياته. كتبتْ شقيقتها هيلاري دو بري في كتابها «في بيتنا عبقرية» تقول: «كانت قدرة جاكي على وصف مشاعر رجلٍ في خريف حياته إحدى قدراتها الاستثنائية العصية على التفسير».

استثنائية؟ نعم. عصية على التفسير؟ على الأرجح لا. على الرغم من عدم وعيها بذلك، فإن جاكلين دو بري في العشرين من عمرها، كانت هي الأخرى في خريف حياتها. كان المرض الذي قُدِّر أن ينهي مسيرتها الموسيقية على بُعد بضع سنوات لا أكثر. وشكَّل الندم والخسارة والاستسلام جزءًا لا يُستهان به من تجربتها العاطفية غير المعلَنة. لقد فهمت إلجار لأنها تقاسمتْ معه المعاناة نفسها. كانت صورته تُربِكها دائمًا. قالت لشقيقتها: «لقد عاش حياةً بائسة يا هيل، وكان مريضًا، ورَغم كل شيء ظلت روحه مشرقة، وذلك هو ما أشعر به في موسيقاه».

كانت تصف نفسها من بداياتها الأولى، فقد عانت والدة جاكي، أيريس، من وفاة أبيها وهي بعد في مستشفى الولادة مع جاكي. ومنذ ذلك الحين، أصبحت علاقة جاكي بوالدتها علاقة تبعية تكافلية لا يمكن لأي طرف أن يحرر نفسه منها. لم يُسمح للطفلة بأن تكون طفلة ولا سُمح لها بأن تكبر لتصير بالغة.

كانت جاكي طفلة حساسة وهادئة وخجولة، وفي بعض الأحيان غامضة. قيل إنها كانت وديعة، إلا عند العزف على التشيلو. تذكَّرها أحد معلمي الموسيقى في السادسة من عمرها قائلًا إنها كانت «شديدة التهذيب وحسنة التربية». كانت تُظهر وجهًا لطيفًا وطيِّعًا للعالم. تذكرتْها أمينة مدرسة البنات بأنها كانت «طفلة سعيدة وبشوشة». وتذكرتْها إحدى الزميلات في المدرسة الثانوية بأنها كانت «فتاة ودودة ومرحة تندمج مع الناس بسهولة».

كانت حقيقة جاكي مختلفة أشد الاختلاف. تروي هيلاري أن أختها انفجرت بالبكاء ذات يوم قائلة: «لا أحد يحبني في المدرسة. الوضع مريع. جميعهم يستهزئون بي». في أحد اللقاءات وصفت جاكلين نفسها بأنها «طفلة من أولئك الأطفال الذين لا يطيقهم الأطفال الآخرون. اعتادوا تشكيل عصابات وترديد أمور بشعة عني». كانت شابة غريبة الأطوار، خرقاء اجتماعيًّا، قليلة الكلام، وليس لها اهتمامات أكاديمية. وفقًا لشقيقتها، كانت جاكي تواجه صعوبة دائمة في التعبير عن نفسها بالكلمات. تقول كاتبة سيرتها الذاتية، إليزابيث ويلسون، في كتابها «جاكلين دو بري»: «لاحظ أصدقاؤها الفطنون لمحة أولية من الكآبة تختبئ تحت مظهر جاكي المشرق».

أخفت جاكي مشاعرها عن والدتها طوال حياتها إلى أن مرضت. تتذكر هيلاري ذكرى مرعبة من الطفولة لجاكلين عندما طغى على وجهها انفعال شديد وبهمسٍ كتوم قالت: «هيل، لا تخبري أمي ولكن... عندما أكبر، لن أقدر على المشي أو الحركة». كيف عسانا نفسِّر تلك النبوءة المروِّعة؟ إما أنها حدثٌ خارق للطبيعة أو إسقاط لما شعرتْ به الطفلة جاكي في أعماق لا وعيها بالفعل: عاجزة عن الحركة باستقلالية، مكبَّلة بالأصفاد، ذاتها الحيوية مشلولة. وماذا عن «لا تخبري أمي»؟ استسلام إنسانة مدركة بالفعل عقم محاولتها أن تعبِّر عن ألمها وخوفها وقلقها –جانبها المظلم– أمام أم غير قادرة على تلقِّي مثل هذه الرسالة. بعد ذلك بوقت طويل، عندما شن التصلب المتعدد هجومه، اندلع كل الاستياء الذي ملأ جاكي طوال حياتها تجاه والدتها في ثورات من الغضب التجديفي الجامح. أصبحت الطفلة المطيعة امرأة عدوانية إلى أبعد حد.

بقدر ما أحبت جاكلين دو بري العزف على التشيلو واشتهته، قاوم شيء ما فيها دور نجمة التشيلو. استحوذت شخصية النجمة تلك على نفسها الحقيقية. وأصبحت أيضًا أداتها الوحيدة للتواصل العاطفي، وطريقتها الوحيدة لجذب انتباه والدتها. وكان التصلب المتعدد وسيلتها للتحرر من هذا الدور – طريقة جسدها في قول لا.

حتى جاكلين لم تستطع رفض توقعات العالم بشكلٍ مباشر. كانت في الثامنة عشرة من عمرها ومحط أنظار الناس بالفعل، ومع ذلك ملأتها غيرة بائسة من عازفة تشيلو صغيرة أخرى كانت تمر حينذاك بأزمة. قالت لأحد أصدقائها: «محظوظة تلك الفتاة. يمكنها التخلي عن الموسيقى متى شاءت. أما أنا فلا يسعني التخلي عنها أبدًا لأن العديد من الناس أنفقوا الكثير من المال عليَّ». مكَّنها التشيلو من التحليق إلى آفاق لا يمكن تخيُّلها وكبَّلها في الوقت نفسه بالأغلال. وبسبب خوفها من الخسائر التي ستلحق بمسيرتها الموسيقية، استسلمت لواجبات موهبتها واحتياجات أسرتها.

تتحدث هيلاري عن «صوت التشيلو» الذي تكلَّمت به جاكي. نظرًا إلى أن وسائل جاكي المباشرة للتعبير العاطفي قد خُنقت في وقت مبكر، أصبح التشيلو صوتها. سكبت كل عنفوانها، ألمها، استسلامها -كل غضبها- في موسيقاها. كما لاحظت بدهاء إحدى معلمات التشيلو في مراهقة جاكي، كانت تجبر الآلة على التعبير عن عدائيتها الداخلية من خلال العزف. وعندما تنخرط مع الموسيقى، تغرِقها العواطف التي كانت مخفَّفة أو غائبة في كل جوانب حياتها الأخرى. لهذا السبب كانت مشاهدتها باهرة وكان الاستماع إليها في كثير من الأحيان مؤلمًا، «ويكاد يكون مخيفًا» على حد تعبير عازفة التشيلو الروسية ميشا مايسكي.

بعد عشرين عامًا من ظهورها المسرحي الأول في طفولتها، وقد صارت الآن مريضة بالتصلب المتعدد، أخبرت جاكي صديقتها بما شعرت به عندما وجدت نفسها على خشبة المسرح لأول مرة. «بدا كما لو أنها عاشت حتى تلك اللحظة خلف جدارٍ طوبي يمنع اتصالها بالعالم الخارجي. لكن في اللحظة التي بدأت فيها جاكي العزف للجمهور، تلاشى ذلك الجدار وشعرت بأنها قادرة على الحديث أخيرًا. وصار ذلك إحساسًا حاضرًا لم يتركها قط كلما

عزفتْ». عندما أصبحتْ امرأة بالغة، كتبتْ في مذكراتها أنها لم تعرف قط كيف تتحدث بالكلمات، فقط من خلال الموسيقى تكلَّمتْ.

استحوذت علاقة جاكلين دو بري بزوجها، دانييل بارنبويم، على المرحلة الأخيرة من حياتها قبل أن ينهي التصلب المتعدد مسيرة عزفها على التشيلو. كان بارنبويم يهوديًّا أرجنتينيًّا فاتنًا ومثقفًا ومناصرًا للعولمة، ترعرع في إسرائيل وفي أوائل العشرينيات من عمره كان نجمًا مستعرًا في مجرة الموسيقى العالمية. كان أحد عازفي البيانو المطلوبين في الحفلات الكُبرى وموسيقى الحجرة[1]، وكان يصنع اسمًا لنفسه كمايسترو أيضًا. عندما التقت دو بري بارنبويم، حدث بينهما فورًا تواصل موسيقي صاعق وحار، وربما روحاني أيضًا. كانت علاقة الحب والزواج حتمية. بدت مثل القصص الرومانسية الخيالية، وصارا الزوجين الأكثر تألقًا في عالم الموسيقى الكلاسيكية.

لسوء الحظ، لم تستطع جاكي إظهار ذاتها الحقيقية في زواجها أكثر مما استطاعت مع أسرتها الأصلية. سرعان ما لاحظ الناس الذين يعرفونها جيدًا أنها قد أصبحت تتحدث بلكنة أطلسية غريبة «غير مفهومة». هذا التبني اللاإرادي لطريقة كلام زوجها يشير إلى التحام هُويتها بهُوية شخصية أخرى، أكثر هيمنة. كتبت هيلاري أن جاكي كانت تعيد تشكيل نفسها مجددًا لتناسب احتياجات وتوقعات شخص آخر: «لم تحظَ المساحات الشاسعة من شخصيتها بفرصة التعبير إلا من خلال عزف الموسيقى. *كان على جاكي أن تكون كما تقتضي الظروف أن تكون*».

عندما بدأ مرضها العصبي المتفاقم الذي لم يُشخَّص بعد في التسبب في أعراض خطيرة، مثل الوهن والسقوط، اتبعت جاكي نمطًا طويل الأمد من الصمت. وبدلًا من تنبيه زوجها، أخفت مشكلاتها وتظاهرت بأن أسبابًا أخرى تتسبب في إبطائها.

---

(1) موسيقى الحجرة هي أحد أشكال الموسيقى الكلاسيكية التي تضم مجموعة صغيرة من الآلات الموسيقية – عادةً مجموعة يمكن وضعها في حجرة قصر أو غرفة كبيرة، ويؤديها عدد صغير من العازفين، مع عازف واحد لكل جزء، على عكس موسيقى الأوركسترا، التي يُعزف كل جزء منها من قِبل عدد من العازفين. (المترجمة).

قالت جاكي ذات مرة في بداية زواجها عندما سألتها هيلاري كيف تتعامل مع عبء وجود علاقتين، شخصية ومهنية، مع زوجها: «حسنًا، كل ما يمكنني قوله هو أن ذلك لا يمثِّل ضغطًا بالنسبة إليَّ. أرى نفسي شخصًا سعيدًا جدًّا. أحب موسيقاي وأحب زوجي ويبدو أن هناك متسعًا من الوقت لكليهما». وبعد ذلك بمدة قصيرة فرَّت جاكي من الزوج والموسيقى. توصلت إلى اعتقاد أن زوجها يقف حائلًا بينها وبين ذاتها الحقيقية. لذا هجرت الزيجة لفترة وجيزة ونفَّست عن تعاستها بخوض علاقة جنسية مع صهرها، وهو مثال آخر على حدودها المتذبذبة. تملَّكها اكتئاب شديد، ولفترة من الوقت لم تُرِد أن يجمعها أي شيء بالتشيلو. ثم سرعان ما عادت إلى كل من الزوج والموسيقى، وشُخِّصت بالتصلب المتعدد.

بقي التشيلو صوتَ جاكلين دو بري الوحيد. وصفتْه هيلاري بأنه خلاص أختها. لم يكن كذلك. لقد أفلح مع الجمهور، لكنه لم يفلح مع جاكلين. أحب الناس عزفها المحموم، لكن لم ينصت لها أي من المقرَّبين بصدق قط. بكى الجمهور وأغدق عليها النقاد بالمديح، لكن لم يسمعها أحد. والمفجع أنها قد صمَّت أذنيها هي الأخرى عن نفسها الحقيقية. التعبير الفني في حد ذاته هو مجرد شكل من أشكال التنفيس عن المشاعر، وليس طريقة للتعامل معها.

بعد وفاة أختها، استمعت هيلاري إلى الشريط الذي سجَّلته قناة «بي بي سي» لكونشرتو إلجار عام 1973، والذي قاده زوبين ميهتا. كان العرض العلني الأخير لجاكي في بريطانيا. تقول هيلاري: «بعد بضع لحظات من الضبط، ووقفة قصيرة، بدأتْ جاكي. استويت في جلستي فجأة. كانت تعزف بإيقاعٍ أبطأ. وبعد بضعة مقاطع أخرى صار الأمر واضحًا بالنسبة إليَّ وضوح الشمس. أدركتُ بالضبط ما كان يحدث. كانت جاكي كالعادة تتحدث من خلال التشيلو. واستطعت سماع ما كانت تقوله... كدت أرى الدموع على وجهها. كانت تودع نفسها، كانت تعزف قداسها الخاص».

3

الضغط النفسي والكفاءة العاطفية

يقول هانز سيلي في كتابه «ضغط الحياة»: «لا يزال مبدأ الأخذ والعطاء قائمًا بين الأجسام الحية والجامدة، وبين الكائنات الحية وبعضها، منذ فجر الحياة في محيطات ما قبل التاريخ». إن تفاعلاتنا مع غيرنا من البشر -لا سيما التفاعلات العاطفية- تؤثر في وظائفنا البيولوجية بطرق خفية تُعد فلا تحصى في كل لحظة من حياتنا تقريبًا. إنها عوامل حاسمة مهمة للصحة، كما سنرى في هذا الكتاب. وفهم التوازن الدقيق للعلاقة بين ديناميكيتنا النفسية وبيئتنا العاطفية ووظائف أعضائنا هو عامل جوهري لسلامتنا.

يقول سيلي: «قد يبدو هذا غريبًا. ربما تشعر بأن لا علاقة يمكن تصوُّرها بين سلوك خلايانا، في الالتهاب مثلًا، وبين سلوكنا في الحياة اليومية. لكني لا أتفق معك».

على الرغم من مرور ستة عقود من البحث العلمي منذ العمل الرائد الذي قام به سيلي، فلا يزال التأثير الفسيولوجي للعواطف بعيدًا من الإدراك التام. يواصل النهج الطبي للصحة والمرض افتراض أن الجسم والعقل منفصلان عن بعضهما وعن الوسط الذي يعيشان فيه. والأكثر فداحة هو التعريف السطحي والتبسيطي للضغط النفسي.

عادة ما يرى الفِكر الطبي أن الضغط النفسي عبارة عن أحداث، وعلى الرغم من قسوتها، فإنها تظل أحداثًا فردية، مثل البطالة المفاجئة، أو الطلاق،

أو موت أحد الأحبة. هذه الأحداث الكُبرى تعد مسببات قوية للضغط النفسي بالنسبة إلى كثيرين. ولكن حياة الناس تحتوي على ضغوطات يومية مزمنة أكثر خبثًا وضررًا في عواقبها البيولوجية طويلة المدى. إن الضغوطات المولَّدة داخليًّا تجبي حصادها دون أن تبدو خارجة عن المألوف بأي شكل.

بالنسـبة إلى الأشـخاص الذين اعتادوا المسـتويات العاليـة من الضغط الداخلـي منـذ نعومة أظافرهـم، فإن غيـاب الضغـط هو ما يثير ضيقهم وضجرهم ويستحضر مشاعر انعدام الجدوى لديهـم. لاحظ هانز سيلي أن الناس قد يصبحون مدمنين لهرمونات الضغط النفسي، بما فيها الأدرينالين والكورتيزول. فيبـدو الضغط النفسـي لهؤلاء الأشخاص أمرًا مرغوبًا، بينما يبدو غيابه مثل أمرٍ ينبغي تجنبه.

***

عندما يصف الناس أنفسهم بأنهم مضغوطون، هم في العادة يقصدون التهيج العصبي الذي يشهدونه تحت وطأة المطالب المفرطة، في مجالات العمل أو الأسرة أو العلاقات أو الشؤون المالية أو الصحة. لكن إحساس التوتر العصبي لا يصلح تعريفًا للضغط النفسي، ولا يظهر دائمًا –إن شئنا الدقة– عندما يكون المرء مضغوطًا. إن الضغط النفسي، كما سنعرِّفه، ليس مسألة شعور شخصي. إنه مجموعة قابلة للقياس من النشاطات الفسيولوجية الموضوعية التي تحدث في الجسم، بما فيه من مخ وجهاز هرموني ومناعة وعديد من الأعضاء الأخرى. يمكن أن يتعرض كل من البشر والحيوانات للضغط النفسي دون وعي منهم بوجوده.

يقول سيلي: «الضغط النفسي ليس مجرد توتر عصبي. إن تفاعلات الضغط النفسي تحدث في أنواع دنيا من الحيوانات، وحتى في نباتات لا تملك أجهزة عصبية... في الواقع، يمكن أن يحدث الضغط النفسي تحت تأثير التخدير العميق في المرضى غير الواعين، وحتى في مزارع الخلايا التي تنمو خارج الجسد». وبالمثل يمكن لآثار الضغط النفسي أن تكون نشطة للغاية في أشخاص يقظين تمامًا، لكنهم عالقون بين براثن عواطف غير واعية، أو محرومون من استجابات الجسد. قد تُستحث فسيولوجيا الضغط النفسي

دون آثار ملحوظة في السلوك ودون وعي شخصي، كما تبيَّن في التجارب على الحيوانات وفي الدراسات البشرية.

ما الضغط النفسي إذن؟ سيلي -الذي كان أول مَن صاغ الكلمة باستخدامها الحالي والذي وصف باعتزاز ساخر كيف دخلت كلمات der stress وle stress وlo stress اللغات الألمانية والفرنسية والإيطالية على التوالي- يفترض أن الضغط النفسي هو عملية بيولوجية، مجموعة واسعة من النشاطات التي تحدث في الجسم، بغض النظر عن المسبب أو الوعي الشخصي. يتألف الضغط النفسي من تغيُّرات باطنية -مرئية أو غير مرئية- تحدث عندما يستشعر الكائن الحي تهديدًا لوجوده أو سلامته. وفي حين أن التوتر العصبي قد يكون واحدًا من عناصر الضغط النفسي، فإن المرء يمكن أن يكون مضغوطًا دون الشعور بالتوتر. وبالمثل يمكن الشعور بالتوتر دون أن تنشط الآليات الفسيولوجية للضغط النفسي.

في أثناء بحث سيلي عن كلمة تصف معنى التغيرات الجسدية التي لاحظها في تجاربه، «عثر على مصطلح *stress*، والذي كان يُستخدم منذ فترة طويلة في اللغة الإنجليزية العامة، وفي الهندسة خاصة، للدلالة على أثر قوة المقاومة». وضرب مثالًا على ذلك بالتغيرات التي تحدث لشريط مطاطي مشدود أو زنبرك فولاذي تحت الضغط. أحيانًا تُرى هذه التغييرات بالعين المجردة، وفي أحيان أخرى لا تظهر إلا بالفحص المجهري.

توضِّح تشبيهات سيلي نقطة مهمة: يحدث الضغط النفسي المفرِط عندما تتجاوز المطالب الملقاة على كائن حي قدرته الطبيعية على الوفاء بها. يتمزق الشريط المطاطي ويتشوه الزنبرك. يمكن أن تظهر استجابة الضغط النفسي بسبب ضرر بدني، إما عن طريق العدوى وإما الإصابة. ويمكن أيضًا أن تُفعَّل بسبب صدمة عاطفية أو مجرد التهديد بحدوث مثل هذه الصدمة، حتى وإن كانت محض خيال. يمكن أن تنشط استجابات الضغط النفسي الفسيولوجية عندما يكون التهديد خارج الإدراك الواعي، أو حتى عندما يظن الشخص أنه يتعرض لضغط «من النوع الجيد».

***

قبل بضع سنوات، شُخِّص آلان، المهندس البالغ من العمر 47 عامًا، بسرطان المريء (والمريء هو أنبوب البلع الذي ينقل الطعام من الحلق إلى المعدة). تحدَّث آلان عن «الضغط الجيد» عندما وصف المسيرة الهادفة الدؤوبة التي قادها في العام الذي سبق تشخيصه بالمرض الخبيث. لم يتسبب ذلك «الضغط الجيد» في إضعاف صحته فحسب، بل ساهم أيضًا في تشتيته عن المشكلات الأليمة في حياته التي كانت في حد ذاتها مصادر دائمة لاضطراب فسيولوجي مستمر في جسمه.

أُزيل المريء السفلي لآلان، إلى جانب الجزء العلوي من المعدة حيث غزا الورم. ولأن السرطان كان قد نفذ إلى عدة عقد ليمفاوية خارج القناة الهضمية، تلقَّى خمس دورات من العلاج الكيميائي. استُنزفت خلايا دمه البيضاء لدرجة أن دورة أخرى من العلاج الكيميائي كانت لتقضي عليه.

صُدِم آلان من التشخيص، إذ لم يكن مدخنًا أو سكيرًا ولطالما اعتقد أنه يعيش حياة صحية. لكنه كان يعتقد أيضًا لفترة طويلة أن لديه «معدة ضعيفة». كثيرًا ما كان يعاني من عسر الهضم والحموضة، وهي أحد أعراض ارتجاع أحماض المعدة إلى المريء. لم تُصمَّم بطانة المريء لتحمل وابل حمض الهيدروكلوريك الأكَّال الذي تفرزه المعدة. لذا يضمن الصمام العضلي الموجود بين العضوين (المريء والمعدة) والآليات العصبية المعقدة بأن يهبط الطعام من الحلق إلى المعدة دون السماح للحمض بالتدفق لأعلى. من شأن الارتجاع المزمن أن يُدمر سطح المريء السفلي، مما يجعله عرضة للتحوُّرات الخبيثة.

نظرًا إلى أن آلان لم يكن من النوع الشكَّاء، لم يذكر تلك المشكلة للأطباء سوى مرة واحدة. كان يفكِّر بسرعة، يتكلم بسرعة، يفعل كل شيء بسرعة. كان يعتقد، وهو مُحق في الواقع، أن عادة تناول الطعام على استعجال هي المسؤولة عن حرقة المعدة. ومع ذلك، فإن الإنتاج المفرط للحمض بسبب الضغط النفسي والمدخلات العصبية المشوشة من الجهاز العصبي اللاإرادي يلعب هو الآخر دورًا في الارتجاع. الجزء اللاإرادي في الجهاز العصبي هو الجزء الذي لا يخضع لسيطرتنا الواعية، وكما يوحي الاسم، فإنه مسؤول عن

العديد من وظائف الجسم التلقائية مثل ضربات القلب والتنفس وتقلصات عضلات الأعضاء الداخلية.

سألتُ آلان إذا كان قد عانى أي ضغوط في حياته في الفترة التي سبقت التشخيص.

قال: «نعم. كنت تحت ضغط. ولكن ثمة نوعين من الضغط، أحدهما سيئ والآخر جيد».

في تقدير آلان، كان «الضغط السيئ» هو الغياب التام للحميمية في زواجه من شيلي الذي استمر عشر سنوات. يرى أن ذلك هو السبب الرئيس لعدم إنجاب الزوجين أطفالًا. «إن لديها بعض العيوب الخطيرة صراحةً. وبسبب عجزها عن أن تكون رومانسية وعاطفية وكل تلك الأمور التي أحتاج إليها، كان إحباطي من زواجنا في ذروته في اللحظة التي أصبتُ فيها بالسرطان. لطالما شعرتُ أن ذلك كان سببًا رئيسًا حقًّا». أما «الضغوط الجيدة» من وجهة نظر آلان، فقد جاءت من عمله. في العام السابق لتشخيصه كان يعمل إحدى عشرة ساعة في اليوم، سبعة أيام في الأسبوع. سألته إذا سبق وقال لا يومًا لأي شيء.

قال: «لم أفعل قط. في الواقع أحب أن يطلب الناس مساعدتي. ولم يحدث طوال حياتي تقريبًا أن قلت نعم وندمت عليها. أحب فعل الأشياء، أحب تولِّي المسؤولية. ما عليك سوى أن تسألني وسوف أكون رهن إشارتك».

- ماذا عن منذ أُصِبت بالسرطان؟

- تعلَّمت أن أقول لا، صرت أقولها طوال الوقت. أريد أن أحيا! وأعتقد أن قول لا يلعب دورًا كبيرًا في التحسن. أعطاني الأطباء منذ أربعة أعوام فرصة نجاة 15 بالمئة. لذا اتخذتُ قرارًا واعيًا بأني أريد أن أحيا، ومنحتُ نفسي هدنة تتراوح من خمسة إلى سبعة أعوام.

- ماذا تقصد؟

- يُفترض أن تتحقق المعجزة بعد خمسة أعوام، لكني أعلم أنها مجرد هدنة اعتباطية. لذا أحسب أنني سأغش وأحصل على عامين إضافيين. ثم بعد السبعة...

- هل تقول إنك بعد سبعة أعوام ستعود للعيش بجنون مرة أخرى؟
- نعم، على الأرجح. لا أعلم.
- خطأ جسيم!
- ربما. سوف نتحدث بشأن ذلك. لكني الآن أُحسن التصرف. صدقني. إنني أقول لا للجميع.

***

تضم تجربة الضغط النفسي ثلاثة عناصر. الأول هو الحدث، الجسدي أو العاطفي، الذي يُفسِّره الكائن الحي على أنه تهديد. إنه محفِّز الضغط النفسي، ويسمى أيضًا *المسبِّب*. العنصر الثاني هو نظام المعالجة الذي يشهد ويترجم معنى المسبِّب. في حالة البشر، يكمن نظام المعالجة في الجهاز العصبي، وبخاصة في المخ. أما العنصر الأخير فهو استجابة الضغط النفسي، والتي تتكون من مختلف التعديلات الفسيولوجية والسلوكية التي تحدث كرد فعل على التهديد المحسوس.

يتضح لنا فورًا أن تفسير مسبب الضغط يعتمد على نظام المعالجة، الذي يعطيه معنى. فصدمة وقوع زلزال تشكِّل تهديدًا مباشرًا للعديد من الكائنات الحية، باستثناء البكتيريا. أما فقدان الوظيفة فإنها أشد وطأة على موظف بأجر تعيش أسرته شهرًا بشهر منها على رئيس تنفيذي ينعم بمصافحة ذهبية[1].

ولا يقل عن ذلك أهمية شخصية الفرد المضغوط وحالته النفسية الحالية، فالرئيس التنفيذي الذي يضمن أمانه المالي إن تقاعد أو فقد وظيفته يمكن أن يمر بضغط نفسي شديد إذا كان تقديره لذاته وإحساسه بالهدف مرتبطين ارتباطًا وثيقًا بمنصبه في الشركة، مقارنةً بزميل يجد قيمة أكبر في الأسرة أو الاهتمامات الاجتماعية أو المساعي الروحية. سوف ينظر أحدهما إلى فقدان الوظيفة كتهديد خطير، بينما قد يراه الآخر فرصة. لا توجد علاقة موحدة

(1) المصافحة الذهبية هي تعويض أو امتياز يحصل عليه كبار التنفيذيين إذا فقدوا وظائفهم، سواء بسبب التقاعد أو التسريح أو حتى الفصل من العمل، ويكون على شكل نقود أو أسهم ذات قيمة عالية. (المترجمة).

وعالمية بين مسبب الضغط واستجابته. كل حدث من أحداث الضغط النفسي هو شيء فردي يُعاش في الوقت الحاضر، بيد أن له أيضًا صدى من الماضي. وتعتمد شدة تجربة الضغط النفسي وعواقبها طويلة المدى على العديد من العوامل التي تختلف من شخصٍ لآخر. ما يحدد الضغط النفسي لكل واحد منًّا هو مسألة استعداده الشخصي، بل والأهم، تاريخه الشخصي.

اكتشف سيلي أن بيولوجيا الضغط النفسي أثرت بشكل رئيس في ثلاثة أنواع من الأنسجة أو الأعضاء في الجسم: في النظام الهرموني، حيث حدثت تغيرات مرئية في الغدد الكظرية. وفي جهاز المناعة، حيث أثَّر الضغط النفسي في الطحال والغدة الدرقية والغدد الليمفاوية. وفي بطانة الأمعاء في الجهاز الهضمي. وبتشريح الفئران بعد تعرضها للضغط النفسي، وُجد أن لديها تضخمًا في الغدة الكظرية وتقلصًا في الأعضاء الليمفاوية وتقرُّحًا في الأمعاء.

تنتج كل هذه التأثيرات عن مسارات الجهاز العصبي المركزي وعن الهرمونات. يحتوي الجسم على العديد من الهرمونات، وهي مواد كيميائية قابلة للذوبان تؤثر في عمل الأعضاء والأنسجة والخلايا. عندما تُفرَز مادة كيميائية في الدورة الدموية بواسطة عضو للتأثير على نشاط عضو آخر، يُطلَق عليها «هرمون صماوي». عند الشعور بالتهديد، تطلق منطقة الوطاء في جذع المخ الهرمون المحرر للكورتيكوتروبين، والذي يسير مسافة قصيرة ليصل إلى الغدة النخامية، وهي غدة صماء صغيرة مطمورة في العظام الموجودة في قاعدة الجمجمة. يحفِّز الهرمون المحرر للكورتيكوتروبين الغدة النخامية، فتطلق هرمون القشرة الكظرية.

يُحمَل هرمون القشرة الكظرية بدوره بواسطة الدم إلى الغدد الكظرية، وهي غدتان صغيرتان مخبأتان في الأنسجة الدهنية أعلى الكليتين. وهنا يعمل هرمون القشرة الكظرية على القشرة، وهي شريحة رقيقة من الأنسجة التي تعمل في حد ذاتها كغدة صماء. تفرز هذه الغدة، بعد تحفيزها، هرمونات الكورتيكويد، وأهمها الكورتيزول. يعمل الكورتيزول على كل أنسجة الجسم تقريبًا بطريقة أو بأخرى، من الدماغ إلى الجهاز المناعي، ومن العظام إلى الأمعاء. هذا الهرمون هو جزء مهم من النظام المعقد الدقيق للضوابط

والموازين الفسيولوجية التي ينظم بها الجسم استجابة التهديد. يتمثل التأثير الفوري للكورتيزول في تثبيط استجابة الضغط النفسي، مما يقلل نشاط المناعة لإبقائها ضمن حدود آمنة.

يُشار إلى الرابطة الوظيفية الناشئة بين منطقة الوطاء والغدة النخامية والغدتين الكظريتين باسم *المحور الوطائي-النخامي-الكظري* (HPA Axis). هذا المحور هو مركز آلية الضغط النفسي في الجسم. إنه متورط في العديد من الحالات المزمنة التي سنكتشفها في فصول لاحقة. ونظرًا إلى أن منطقة الوطاء في تواصل متبادَل مع مراكز المخ التي تعالج العواطف، فمن خلال المحور الوطائي النخامي الكظري تُحدِث العواطف آثارها المباشرة في جهاز المناعة والأعضاء الأخرى.

ومن ثم فإن ثالوث سيلي من تضخم الغدد الكظرية، وتقلص الأنسجة الليمفاوية، وتقرُّح الأمعاء يرجع إلى التأثير المعزز لهرمون القشرة الكظرية على الغدد الكظرية، والتأثير المثبط للكورتيزول على جهاز المناعة، والتأثير التقرُّحي للكورتيزول على الأمعاء. كثير من الأشخاص الذين يتناولون عقاقير الكورتيزول لعلاج الربو والتهاب القولون والمفاصل والسرطان، معرَّضون لخطر النزيف المعوي وقد يحتاجون إلى تناول أدوية أخرى لحماية بطانة القناة الهضمية. ولعل تأثير الكورتيزول هذا يفسر أيضًا سبب أن الضغط النفسي المزمن يتركنا أكثر عرضة للإصابة بقرح الأمعاء. كذلك فإن الكورتيزول متورط بشدة في ترقق العظام. يفرز الأشخاص المصابون بالاكتئاب مستويات عالية من الكورتيزول، وهذا يفسر سبب أن النساء اللائي يعانين من الاكتئاب والضغط النفسي بعد انقطاع الطمث يصبحن أكثر عرضة للإصابة بهشاشة العظام وكسور الحوض.

هذا الوصف الخاطف لرد فعل الضغط النفسي ناقص بالضرورة، لأن الضغط النفسي يؤثر ويشتمل فعليًا على كل نسيج في الجسم. كما لاحظ سيلي: «لن يقتصر المخطط العام لاستجابة الضغط النفسي على المخ والأعصاب والغدة النخامية والغدد الكظرية والكلى والأوعية الدموية والنسيج الضام والغدة الدرقية والكبد وخلايا الدم البيضاء، ولكن يلزم أيضًا أن يشير إلى العلاقات المتداخلة المتشعبة فيما بينها». يلعب الضغط النفسي على

العديد من خلايا الجهاز المناعي وأنسجته التي كانت مجهولة إلى حدٍّ بعيد عندما كان سيلي يُجري بحثه الرائد. وفي استجابة الخطر الفورية، يشارك أيضًا القلب والرئتان والعضلات الهيكلية والمراكز العاطفية في الدماغ.

إننا بحاجة إلى تنظيم استجابة الضغط النفسي من أجل الحفاظ على استقرارنا الباطني. استجابة الضغط النفسي غير محدَّدة. فقد تنشُط كرد فعل على أي هجوم –جسدي أو بيولوجي أو كيميائي أو نفسي– أو ردًّا على أي تصور لهجوم أو تهديد، سواءً عن وعي أو عن غير وعي. إن جوهر التهديد هو زعزعة استقرار توازن الجسم، وهذا التوازن هو النطاق الضيق نسبيًّا للظروف الفسيولوجية التي يمكن للكائن الحي العيش فيها والعمل ضمنها. ومن أجل تسهيل القتال أو الهروب، يتعين على الدم أن ينتقل من الأعضاء الداخلية إلى العضلات، ويتعين على القلب أن يخفق بشكلٍ أسرع. يتعين على الدماغ التركيز على التهديد، ونسيان الجوع أو الرغبة الجنسية. يتعين على إمدادات الطاقة المخزَّنة أن تحتشد، على شكل جزيئات من السكر. ويتعين على الخلايا المناعية أن تنشط. ويضطلع الأدرينالين والكورتيزول ومواد الضغط النفسي الأخرى بتلك المهام.

يجب الحفاظ على كل هذه الوظائف ضمن حدود آمنة: فالكثير من السكر في الدم يسبب غيبوبة، كما أن جهاز مناعة مفرط النشاط لن يلبث أن يضخ موادًا كيميائية سامة. ومن ثم يمكن فهم استجابة الضغط النفسي ليس فقط على أنها رد فعل الجسم تجاه التهديد، ولكن أيضًا على أنها محاولة منه للحفاظ على التوازن في مواجهة التهديد. في مؤتمر حول الضغط النفسي بـ«معهد الصحة الوطنية الأمريكية»، استعان الباحثون بفكرة الوسط الباطني المستقر لتعريف الضغط النفسي قائلين إنه «حالة من الفوضى أو التوازن المهدَّد». وفق هذا التعريف يُعد مسبب الضغط «تهديدًا حقيقيًّا أو وهميًّا يميل إلى زعزعة التوازن».

ما القاسم المشترك بين جميع مسببات الضغط؟ جميعها في نهاية المطاف تمثِّل غياب الشيء الذي يراه الكائن الحي ضروريًّا للبقاء على قيد الحياة، أو خطر فقدانه. يُعد خطر فقدان الموارد الغذائية أحد مسببات

الضغط الكبرى. وكذا خطر فقدان الحب بالنسبة إلى البشر. كتب هانز سيلي: «يمكن القول دونما تردد إن أهم مسببات الضغط لدى الإنسان عاطفية».

حددت الكتب البحثية ثلاثة عوامل تؤدي عالميًّا إلى الضغط النفسي: عدم *اليقين*، ونقص *المعلومات*، وفقدان *السيطرة*. تلك العوامل الثلاثة جميعها حاضرة في حياة الأفراد المصابين بأمراض مزمنة. قد يتوهم أناس كثر أنهم مسيطرون، ليجدوا لاحقًا أن قوى مجهولة كانت تسوق قراراتهم وسلوكياتهم لسنوات مديدة. لقد شهدتُ ذلك في حياتي. وبالنسبة إلى بعض الناس، المرض هو الذي يحطم في النهاية وهمَ السيطرة.

***

تبلغ غابرييل ثمانية وخمسين عامًا، وهي عضو نشط في الرابطة المحليَّة لتصلب الجلد. تضخمت عيناها الواسعتان أصلًا نتيجة انشداد بشرتها على وجهها، وصارت ابتسامتها عبارة عن اتساع طفيف لشفتيها فوق أسنان ناصعة البياض. تلمع أصابعها الرفيعة بالشحوب الشمعي المميز لتصلب الجلد، لكنها تُظهِر أيضًا بعض التشوه المميز لالتهاب المفاصل الروماتويدي. حيث «انحرفت» عدة أصابع عن المركز وتورَّمت عند المفاصل. شُخِّصت غابرييل بتصلب الجلد في عام 1985. في معظم الحالات يظهر هذا المرض ببطء وخُبث، لكن الأعراض الأولى التي عانتها غابرييل كانت فجائية كالأنفلونزا، ربما لأن تصلب الجلد في حالتها كان مقرونًا بالتهاب مفاصل روماتويدي منتشر بالأساس.

تتذكر قائلة: «كنت مريضة جدًّا لقرابة عام كامل».

«في الأشهر الخمسة أو الستة الأولى، كان يشق عليَّ مجرد النهوض من السرير. كنت أبذل جهدًا للنهوض وفعل أي شيء بسبب الألم الموجود في أي مكان به مِفصل. يستجيب جسدي لمضاد الالتهاب أو التايلينول لثلاثة أو أربعة أسابيع على الأكثر، ثم يغدو غير فعال، فنغيره ونجرب عقارًا آخر. لم أستطع الأكل. فقدت ثلاثين رطلًا (13 كجم) في خمسة أسابيع. صار وزني أقل من واحد وتسعين رطلًا (41 كجم)... لقد قرأتُ في مقالات مختلفة أن الناس الذين يُصابون بتصلب الجلد هم أولئك الذين يحتاجون دائمًا إلى

الشعور بالسيطرة. طوال حياتي كنت أنا صاحبة السلطة، التي تعتني بكل شيء. وها قد فقدتُ الآن مع المرض كل ذرة سيطرة».

قد يبدو من قبيل التناقض الادعاء بأن الضغط النفسي، تلك الآلية الفسيولوجية الضرورية للحياة، هي سبب المرض. ولحل هذا التناقض الواضح، يجب أن نميز بين *الضغط النفسي الحاد* و*الضغط النفسي المزمن*. فالضغط النفسي الحاد هو استجابة الجسم الفورية قصيرة المدى للتهديد. أما الضغط النفسي المزمن فهو تفعيل آليات الضغط النفسي على مدى فترات زمنية طويلة عندما يتعرض الشخص لضغوطات لا يمكنه الفرار منها، إما لأنه لا يدركها وإما لأنه لا يملك سيطرة عليها.

تتألف تفاعلات الكر أو الفر التي تساعدنا على النجاة من الخطر المباشر من إفرازات الجهاز العصبي والمخرجات الهرمونية والتغيرات المناعية. هذه الاستجابات البيولوجية قابلة للتكيف في حالات الطوارئ التي لأجلها صممتْها الطبيعة. بيد أن استجابات الضغط النفسي نفسها إذا نشطت بشكل مزمن ودون حل، تتسبب في ضرر وخراب دائمَين. فالمستويات العالية المزمنة من الكورتيزول تدمر الأنسجة. والمستويات العالية المزمنة من الأدرينالين ترفع ضغط الدم وتتلف القلب.

وهناك أدلة مستفيضة لما يُحدثه الضغط النفسي من أثر مثبِّط في جهاز المناعة. في إحدى الدراسات، قورن نشاط الخلايا المناعية المسماة بالخلايا القاتلة الطبيعية (NK) في مجموعتين: أزواج وزوجات يتولون رعاية شركاء مصابين بألزهايمر، وأصحاء مطابقون لهم من حيث العمر والصحة. الخلايا القاتلة الطبيعية هي قوات الخطوط الأمامية في مكافحة العدوى والسرطان، ولديها القدرة على مهاجمة الكائنات الدقيقة الغازيَة وتدمير الخلايا ذات الطفرات الخبيثة. وُجد أن الخلايا القاتلة الطبيعية للأزواج والزوجات قد خمدت بشكل كبير، حتى في أولئك الذين مات شركاؤهم منذ مدة تصل إلى ثلاث سنوات. كما وُجد لدى الأزواج والزوجات الذين أبلغوا عن مستويات منخفضة من الدعم الاجتماعي أكبر معدل خمول في النشاط المناعي، تمامًا مثلما كان لدى طلاب الطب الوحيدين أشد أجهزة المناعة ضعفًا تحت ضغط الامتحانات.

قاست دراسة أخرى فعالية تطعيم الإنفلونزا على الأزواج والزوجات الراعين لشركائهم. في هذه الدراسة طوَّر 80 بالمئة من مجموعة الأصحاء غير المضغوطين مناعة ضد الفيروس، في حين لم يقدر على فعل ذلك سوى 20 بالمئة فقط من مجموعة أزواج وزوجات مرضى ألزهايمر. لقد تسبب الضغط الناجم عن تقديم الرعاية المستمرة في تثبيط الجهاز المناعي وترك أصحابه عرضة للإصابة بالإنفلونزا. أظهرت البحوث أيضًا تأخيرات مرتبطة بالضغط النفسي في إصلاح الأنسجة، حيث استغرق التئام جروح أزواج مرضى ألزهايمر فترة أطول بنحو تسعة أيام مقارنةً بمجموعة الأصحاء.

ذلك لأن المستويات العالية من الضغط النفسي تتسبب في زيادة في إفراز الكورتيزول عبر المحور الوطائي النخامي الكظري، ويثبط الكورتيزول بدوره نشاط الخلايا الالتهابية المختصة بالتئام الجروح. أصيب طلاب طب الأسنان بجرح متعمَّد في سقف حلقهم مرة في أثناء خضوعهم لاختبارات علم المناعة ومرة أخرى في أثناء الإجازة. وقد شُفي جرح كل منهم بسرعة أكبر في الصيف، حيث أنتجت خلايا الدم البيضاء لديهم كمية أقل من المادة الضرورية للشفاء تحت الضغط النفسي.

أدت العلاقة التي كثيرًا ما لوحظت بين الضغط النفسي وضعف المناعة والمرض إلى ظهور مفهوم «أمراض التأقلم»، وهو مصطلح ابتدعه هانز سيلي. يُقال إن استجابة الكر أو الفر كانت ضرورة لا غنى عنها في عصر البشر الأوائل، حيث اضطروا إلى مواجهة الطبيعة بحيواناتها المفترسة وأخطارها الأخرى. ولكن في المجتمع المتحضر، تنشط استجابة الكر والفر في مواقف لا تكون فيها تلك الاستجابة ضرورية أو مفيدة، نظرًا إلى أننا لم نعد نواجه نفس الأخطار المميتة التي تهدد وجودنا. وفي أغلب الأحيان يجري تفعيل آليات الضغط النفسي الفسيولوجية في الجسم في غير محلِّها، مما يؤدي إلى المرض.

ثمة طريقة أخرى للنظر إلى الأمر، وهي أن إنذار الكر أو الفر موجود اليوم لنفس الغرض الذي وُجد لأجله في الأصل: لتمكيننا من البقاء على قيد الحياة. ما حدث هو أننا فقدنا الاتصال بمشاعر الحدس التي صُممت لتكون نظامنا التحذيري. فصار الجسم يفعِّل استجابة الضغط النفسي بينما لا

يدرك العقل وجود التهديد. صرنا نحصر أنفسنا في أوضاع مسببة للضغط النفسي فسيولوجيًّا، ولا نعي الأزمة إلا بشكل ضئيل أو منعدم. كما أشار سيلي، فإن الضغوطات البارزة في حياة معظم البشر اليوم –على الأقل في العالم الصناعي– إنما هي ضغوطات عاطفية. وتمامًا مثل حيوانات المختبر العاجزة عن الهروب، يجد الناس أنفسهم عالقين في أساليب حياة وأنماط عاطفية مُعادية لصحتهم. يبدو أنه كلما ارتفع مستوى التنمية الاقتصادية، صرنا أشد غفلة عن وقائعنا العاطفية. لم نعد نشعر بما يحدث في أجسادنا، ومن ثم لا يسعنا التصرف بطرق تحمينا. تأكل فسيولوجيا الضغط النفسي في أجسادنا لا لأنها تخطَّت أيام فائدتها ولم تعد مُجدية، بل لأننا لم نعد على الأرجح نمتلك كفاءة التعرف على إشاراتها.

إن العاطفة مثلها مثل الضغط النفسي، هي فكرة نستحضرها في الغالب دون إحساس دقيق بمعناها. والعواطف مثلها مثل الضغط النفسي لها مكوناتها. يميز عالِم النفس روس باك بين ثلاثة مستويات من الاستجابات العاطفية، والتي يسميها **العاطفة الأولى** و**العاطفة الثانية** و**العاطفة الثالثة**، مصنَّفة حسب الدرجة التي ندركها بها.

العاطفة الثالثة هي التجربة الشخصية، من داخل الذات. إنها ما نشعر به. وفي أثناء اختبار **العاطفة الثالثة**، يكون هناك إدراك واعٍ للحالة العاطفية، مثل الغضب أو الفرح أو الخوف، وما يصاحب ذلك من أحاسيس جسدية.

العاطفة الثانية تتألف مما يظهر من عواطفنا كما يراه الآخرون، سواء بوعينا أو دونه. يتجلى هذا النوع من العاطفة من خلال لغة الجسد، «والتي تضم الإشارات غير اللفظية والسلوكيات ونبرات الصوت والإيماءات وتعبيرات الوجه واللمسات العابرة وحتى توقيت كل إشارة ووقفة بين الكلمات. قد يكون للغة الجسد تلك عواقب فسيولوجية، وغالبًا ما تحدث خارج وعي أصحابها». من الشائع جدًّا أن يغفل المرء عن العواطف التي يبديها، على الرغم من كونها مقروءة بوضوح من قِبل من حوله. والأهم هو أن تعبيرات العاطفة الثانية هي أكثر ما يؤثر في الآخرين، بغض النظر عن نيات صاحبها.

تعبيرات **العاطفة الثانية** لدى الطفل هي أيضًا أكثر ما يزعج الأبوين في حالة أثارت المشاعر البادية قلقًا كبيرًا في نفسيهما. وكما يشير د. باك،

يتدرب الطفل الذي يعاقبه والداه أو يخمدان فورة عواطفه بأن يستجيب بقمع العواطف المماثلة في المستقبل. هذا الانغلاق الذاتي يساعده في تلافي الخزي والرفض. في ظل ظروف كهذه، كتب باك: «تنهار الكفاءة العاطفية... ولا يعرف الفرد في المستقبل كيف يتعامل بفعالية مع المشاعر والرغبات المعنيَّة. وينتهي به الحال إلى نوعٍ من العجز».

تؤكد كتب الضغط النفسي بإسهاب على أن العجز، حقيقيًّا كان أو متوهمًا، هو محفز قوي لاستجابات الضغط النفسي البيولوجية. والعجز المكتسَب هو حالة نفسية لا يحرر الفرد فيها نفسه من الوضع العصيب حتى عندما تتاح له الفرصة أن يفعل. وما أكثر ما يجد الناس أنفسهم في أوضاع عجز مكتسب، مثل أن يشعر أحدهم بأنه عالق في علاقة مختلة أو حتى مسيئة أو في وظيفة منهِكة أو في حياة تسلبه حريته الحقيقية.

أما **العاطفة الأولى** فتضم التغيرات الفسيولوجية التي تُحدثها المنبهات العاطفية، مثل إفرازات الجهاز العصبي، والمخرجات الهرمونية، والتغيرات المناعية التي تخلق استجابة الكر أو الفر للرد على التهديد. هذه الاستجابات لا تقع تحت سيطرة الوعي، ولا يمكن أن تُلاحَظ من الخارج. إنها تحدث وحسب. وقد تحدث مع غياب الوعي الشخصي أو التعبيرات العاطفية. ولكن استجابات الضغط نفسها القابلة للتأقلم في حالات التهديد الحادة، تصبح ضارة إذا نُشِّطت بشكل مزمن دون أن يكون الفرد قادرًا على التصرف بأي طريقة للتغلب على التهديد المحسوس أو تجنبه.

كتب روس باك أن الانضباط الذاتي «والذي يتضمن جزئيًّا اكتساب *الكفاءة العاطفية*، التي تُعرف بأنها قدرة المرء على التعامل بطريقة مناسبة ومُرضية مع مشاعره ورغباته». تستلزم الكفاءة العاطفية قدرات غالبًا ما يفتقر إليها مجتمعنا، حيث «البرود» -غياب المشاعر- هو المبدأ السائد، وحيث يسمع الأطفال في أكثر الأحيان عبارات من قبيل «لا تبالغ في انفعالاتك» و«لا تكن حساسًا هكذا»، وحيث تُعد العقلانية عمومًا النقيض المفضَّل للعاطفية. إن الرمز الثقافي المثالي للعقلانية لدينا هو «السيد سبوك»، الشخصية الخيالية منعدمة العواطف في سلسلة أفلام *ستار تريك*.

تتطلب الكفاءة العاطفية:

- القدرة على الإحساس بعواطفنا، بحيث نكون مدركين إذا ما أصابنا الضغط النفسي.
- القدرة على التعبير عن عواطفنا بفعالية ومن ثم المطالبة باحتياجاتنا والحفاظ على سلامة حدودنا العاطفية.
- مهارة التمييز بين ردود الفعل النفسية ذات الصلة بالوضع الحالي وتلك التي تمثل بقايا الماضي. لا بد أن يتوافق ما نريده ونطالب العالم به مع احتياجاتنا الحالية، وليس مع احتياجات لا واعية غير مشبعة منذ الطفولة. إذا طُمست الفروق بين الماضي والحاضر، سنستشعر الفقدان وخطر الفقدان دون وجود لأي منهما.
- وأخيرًا الوعي بالاحتياجات الحقيقية التي تتطلب بالفعل إشباعًا، بدلًا من قمعها من أجل نيل استحسان الآخرين وقبولهم.

***

يحدث الضغط النفسي عندما تغيب هذه المعايير، ويؤدي إلى اختلال التوازن. الاختلال المزمن بدوره يؤدي إلى اعتلال الصحة. في كل تواريخ المرض الفردية المذكورة في هذا الكتاب، تضرر جانب أو أكثر من جوانب الكفاءة العاطفية إلى حد بعيد، وبطرق عادةً ما تكون مجهولة تمامًا للشخص المعني.

الكفاءة العاطفية هي ما نحتاج إلى تنميته إذا كنا نريد حماية أنفسنا من الضغوط الخفية التي تشكل خطرًا على صحتنا، وهي ما نحن بحاجة إلى استعادته إذا كنا نريد التعافي. والأهم هو أن نغرس بذورها في أطفالنا، لأن الوقاية خيرٌ من العلاج.

4

أُدفن حية

أرادتْ أليكسا وزوجها سماع رأي طبي ثانٍ. فقد صدر بحقها حكم بالإعدام، وأملت هي وزوجها أن أكون قادرًا على إبطاله.

أليكسا معلمة للمرحلة الابتدائية في أوائل الأربعينيات من عمرها. وفي السنة التي سبقت لقاءنا، بدأت العضلات الصغيرة في يديها تذوي، وصارت تواجه صعوبة متزايدة في الإمساك بالأشياء. كانت تعاني أيضًا سقطات يتعذر تفسيرها. التمستْ المشورة من د. جوردن نيوفيلد، عالم النفس التنموي الشهير في كولومبيا البريطانية، والذي تعرَّفت عليه خلال عمله استشاريًّا في النظام المدرسي. وتجنبتْ اللجوء إلى التفسير الطبي لاعتقادها بأن الأمر «مجرد ضغط نفسي».

أجبرت أليكسا نفسها على الاستمرار في واجباتها المهنية، وكافحت من أجل الحفاظ على روتين عملها إلى درجة متطرِّفة، متجاوزةً الحد الذي يضعه معظم الناس للاعتناء بأنفسهم. يقول د. نيوفيلد: «كانت تعمل لساعات طويلة جدًّا وتُحمِّل نفسها فوق طاقتها. لم أرَ قط شخصًا يضغط على نفسه مثلما فعلتْ».

نظرًا إلى أن أليكسا كانت بالكاد تستطيع الإمساك بالقلم، فكثيرًا ما ظلت مستيقظة لفترة طويلة بعد منتصف الليل من أجل أن تنهي تصحيح واجبات

طلابها. كانت تنهض في الخامسة والنصف صباحًا، لتصل إلى المدرسة مبكرًا بما يكفي لتخط درس اليوم على السبورة، ممسكة الطبشور بقبضة مشدودة. مع تدهور حالتها، تقبَّلت أخيرًا إحالتها إلى د. أندرو أيزن، الاختصاصي الدولي لمرض التصلب الجانبي الضموري. ولم تترك الاختبارات الكهربية الفسيولوجية والفحص السريري ذرة شك في ذهن د. أيزن بأن المريضة مصابة بالتصلب الجانبي الضموري. في هذه المرحلة، طلبت مني أليكسا وزوجها بيتر مراجعة الأدلة الطبية، على أمل أن أكتشف شيئًا يتحدى رأي الاختصاصي، أو بمعنى أصح، على أمل أن أؤيد اعتقادهما بأن الأعراض هي مسألة ضغط نفسي لا أكثر. لكن التشخيص لم يكن قابلًا للدحض، فمثلما قال د. أيزن، كانت أليكسا «حالة نموذجية».

***

في التصلب الجانبي الضموري، تموت بالتدريج الخلايا العصبية الحركية، التي تستهل حركة العضلات وتتحكم فيها. وتذوي العضلات من دون الإفرازات الكهربائية من الأعصاب. يوضح الموقع الإلكتروني الخاص برابطة مرضى التصلب الجانبي الضموري أن «كلمة ضموري ***A-myotrophic*** هي كلمة يونانية بالأساس، حيث *A* تعني لا أو سلبي، و*Myo* تشير إلى العضلات، و*trophic* تعني تغذية – (لا تغذية للعضلات). وعندما لا تحصل العضلة على أي تغذية، فإنها «تضمر» أو تذبل. أما كلمة «جانبي» فتشير إلى مناطق الحبل الشوكي التي تحوي أجزاء الخلايا العصبية التي تغذي العضلات. عندما تتلف هذه المنطقة، يحدث تندب أو تيبس –تصلب– فيها».

تعتمد الأعراض الأولية على المنطقة من النخاع الشوكي أو جذع الدماغ التي ظهر فيها المرض لأول مرة: فقد يعاني المرء ارتعاشات أو تشنجات عضلية أو فقدان القدرة على الكلام بشكل طبيعي أو صعوبات في البلع. ثم تنعدم القدرة على التنقل وتحريك الأطراف في النهاية، وكذا بالنسبة إلى الكلام والبلع والقدرة على أخذ الشهيق وإخراج الزفير. وعلى الرغم من حالات التعافي القليلة المُبلَغ عنها، فإن الوفاة المبكرة عادةً ما تكون حتمية. حيث يموت نحو 50% من المرضى في غضون خمس سنوات، وقد يعيش بعضهم لفترة أطول بكثير. عاش عالم الكونيات البريطاني ستيفن هوكينج، مؤلف

كتاب «تاريخ موجز للزمان»، لعقود بعد التشخيص، ولأسباب قد نناقشها عندما نتحدث بالتفصيل عن حالته. وعلى عكس الأمراض التنكُّسية الأخرى التي تصيب الجهاز العصبي، فإن مرضى التصلب الجانبي الضموري يفقدون سيطرتهم على العضلات دون أن يعانوا التدهور الفكري. على حد تعبير سوزانا هورجان، اختصاصية علم النفس في كالجاري، في أحد بحوثها: «فإن معظم قصص المرضى تنضح بمشقة اضطرارهم إلى العيش مع عقل سليم داخل جسم معاق».

ما زالت أسباب التنكس العصبي الناتج عن التصلب الجانبي الضموري غير معروفة. ثمة بعض الأدلة على احتمالية تورط الجهاز المناعي، حيث تتعطل بعض الخلايا العصبية التي تلعب دورًا مناعيًّا. توجد فئة من الخلايا تسمى «*الخلايا الدبقية* الصغيرة»، والتي تلعب دورًا وقائيًّا في المخ، لكنها قد تصبح مدمِّرة إن جرى تحفيزها بشكل مفرط. وقد استشهدت إحدى مقالات مجلة «ساينتفيك أميركان» عام 1995 ببيانات أولية محيِّرة تشير إلى الخلايا الدبقية الصغيرة كمسهم محتمَل في التصلب المتعدد ومتلازمة باركنسون والتصلب الجانبي الضموري.

كانت أليكسا وبيتر مستميتَين من أجل العثور على طريقة لتخطِّي وضعهما المأسَوي. انكبَّ بيتر، المهندس المتقاعد، على الاطلاع على تفاصيل مريبة حول الفسيولوجيا الكهربية للعضلات، ومضى يستشهد ببحوث مشكوك في صحتها ويقترح نظريات تقشعرُّ لها أبدان الخبراء. كان كثيرًا ما يقاطع زوجته عندما أطرح عليها سؤالًا، وكانت هي في المقابل ترمقه بنظرات جانبية كلما بدأتْ الإجابة عن أحد الأسئلة، كما لو أنها تتأكد من موافقته. من الواضح أنه وجد احتمالية وفاة أليكسا مخيفة لدرجة لا تُطاق، ومن الواضح أيضًا أنها كانت تنكر التشخيص لأجله هو لا لأجلها. كنت أشعر كما لو أنِّي أخوض محادثة ليس مع شخصين منفصلين، وإنما مع شخص واحد تتلبسه روحان. يقول د. نيوفيلد: «لم يكن بوسع أليكسا التفكير بمفردها. لم يكن بوسعها قول شيء عن بيتر من شأنه أن يشير إلى أنها شخص منفصل عنه».

كان واضحًا لدرجة مؤلمة أيضًا عجز أليكسا عن التحدث بلغة عاطفية. لم تمتلك ببساطة أي مفردات للتعبير عن مشاعرها مباشرةً: كانت تجيب

عن أي سؤال يتعلق بالعاطفة عن طريق أفكار تصوغها بأسلوب فصيح جدًّا، لكنه مبهم. بدت وكأنها ترى العالم من خلال أفكار مجردة وليس تجربة محسوسة. وقد أكَّد نوفيلد قائلًا: «بدت عواطفها كلها متجمدة تمامًا».

ما جمَّد أليكسا كان خوفها الساحق من الهجران. فبعد أن تخلَّى عنها والداها البيولوجيان، لم تستطع قط بناء علاقة مع أمها بالتبني. يقول د. نيوفيلد الذي تعرَّف على أليكسا من كثب في السنوات الأخيرة من حياتها: «كانت علاقتهما خاوية؛ لم تنجح قط. كان لدى أمها بالتبني طفل آخر تفضِّله، ولم يكن بيد أليكسا حيلة، مهما حاولتْ. لذا استسلمتْ في نهاية المطاف واختارت العزلة عند بلوغها مرحلة المراهقة. حتى ذلك الحين كانت تحاول باستماتة التواصل مع أمها بالتبني ولم تستطع. كان الخواء مطبقًا. شعرت أليكسا وكأن هناك كهفًا ضخمًا حيث ينبغي لإحساسها بذاتها أن يكون».

ثم لم يلبث أن انهار زواجها الأول. لقد نشأت معتقدة أن عليها الاعتناء بالجميع. يقول نيوفيلد: «لم يكن بداخلها أي متنفَّس قط، ولا ملاذ داخلي لترتاح فيه».

في مقال بحثي نُشر عام 1979، سجَّل طبيبان نفسيان في كلية الطب بجامعة ييل، هما والتر براون وبيتر مولر، انطباعات متشابهة إلى حدٍّ كبير حول مرضى التصلب الجانبي الضموري.

كتبا قائلَين: «كانوا يثيرون إعجاب واحترام جميع أفراد الطاقم الذي تعامل معهم بلا استثناء. *وكانت السمة المشتركة بينهم سعيهم إلى تجنب طلب المساعدة*». اشتملت دراسة ييل هذه، التي تضمنت عشرة مرضى، على محاورات وتقييمات سريرية واختبارات نفسية ذاتية. وخلص الباحثان إلى أن الأشخاص المصابين بالتصلب الجانبي الضموري لديهم على ما يبدو نمطان دائمان يميزانهم: سلوك اكتفائي صارم – مما يعني عجزهم عن طلب المساعدة أو تلقيها، وتهميش مزمن لما يسمونه بالمشاعر السلبية. تشير الدراسة إلى أن «العمل الشاق المستمر دون اللجوء إلى مساعدة الآخرين كان متفشيًا». وبدا أن هناك «إنكارًا أو قمعًا أو نبذًا معتادًا لمشاعر... الخوف والقلق والحزن... أعرب معظمهم عن ضرورة التفاؤل... تحدَّث (بعضهم) عرَضًا عن تدهور حالته بابتسامات مبهِجة». لم تتأكد استنتاجات دراسة ييل1970 هذه

في دراسة أخرى أجريت بعد سبع سنوات بمستشفى المشيخية في سان فرانسيسكو. وقد يقول المرء إن المداولات لا تزال جارية، بيد أن دراسة ييل تتوافق مع كل ما يمكن قراءته أو ملاحظته بشأن مرضى التصلب الجانبي الضموري، بما في ذلك ما يقوله الأطباء العاملون معهم. إن دراسات علم النفس –وهو الفن الذي يحاول يائسًا أن ينصِّب نفسه عِلمًا بَحتًا– لا تجد في الغالب إلا ما يريد الباحثون رؤيته.

«لماذا مرضى التصلب الجانبي الضموري لطيفون جدًّا؟». كان ذلك عنوان ورقة بحثية مثيرة للجدل قدَّمها أطباء أعصاب من كليفلاند كلينك في ندوة دولية بميونيخ قبل بضع سنوات. وتناقِش الورقة انطباع الكثير من الأطباء بأن المصابين بمرض لو جيهريج[1] يبدون جميعهم «محتشدين عند الطرف الأكثر بهجة» من طيف الشخصية، على عكس الأشخاص المصابين بأمراض أخرى.

في كليفلاند كلينك، وهو أحد مراكز الإحالة الرئيسة للتصلب الجانبي الضموري، يبدأ بروتوكول الاشتباه بالمرض باختبار تشخيص كهربائي (EDX). ومن خلال قياس الموصلية الكهربية، يرصد الاختبار نشاط أو موت العصبونات الحركية، وهي الخلايا العصبية التي تؤثر في ألياف العضلات. وقد وجد معظم أفراد الفريق أن اللطف كان سمة مميزة في شخصية مرضى التصلب الجانبي الضموري، وفقًا لتقرير د. آسا ويلبورن، الباحث الرئيس في الدراسة. تقول ورقته: «حدث هذا بمعدل هائل لدرجة أنه كلما أجرى فنيُّو التشخيص الكهربائي اختبارًا لأحد المرضى، أرسلوا النتائج مقرونة بتعليقات من قبيل «لا يمكن أن يكون هذا المريض مصابًا بالتصلب الجانبي الضموري، فهو (أو هي) ليس لطيفًا بما يكفي...». وعلى الرغم من تواصلهم الوجيز مع المرضى، والأسلوب غير العلمي بوضوح الذي يصوغون به آراءهم، *فإن هذه الآراء كانت تُثبِت صحتها في كل مرة تقريبًا*».

يقول د. ويلبورن: «المثير للاهتمام في ميونيخ هو أنه عندما قدمنا ورقتنا البحثية، وافقنا الجميع. وأخذوا يرددون عبارات من قبيل «آه، نعم. لاحظت

---

(1) مرض لو جيهريج هو الاسم الذي يُطلق على التصلب الجانبي الضموري في أمريكا الشمالية، وذلك بعد إصابة لاعب البيسبول لو جيهريج به. (المترجمة).

ذلك، لكني لم أفكر فيه مُطلقًا». إن الأمر منتشر على نحو يكاد يكون شاملًا. أصبح أشبه بالمعلومات العامة في مختبرنا حيث نشخص الكثير من مرضى التصلب الجانبي الضموري، ونختبر كمًّا هائلًا من الحالات. ظني أن أي شخص يتعامل مع مرضى التصلب الجانبي الضموري يعلم بأن تلك الظاهرة لا جدال فيها».

ظهرت أنماط مماثلة في لقاءاتي الشخصية مع مرضى التصلب الجانبي الضموري في عيادتي الخاصة وبقسم الرعاية التلطيفية. وأمكنني كذلك العثور على القمع العاطفي –الذي تجلَّى في صورة لُطف– في أثناء استكشاف حياة المشاهير المصابين بالتصلب الجانبي الضموري، من الفيزيائي ستيفن هوكينج، ولاعب البيسبول العظيم جيهريج، إلى موري شوارتز، الأستاذ الذي صار بفضل ظهوره التلفزيوني في برنامج «تيد كوبل» شخصية محبوبة بشدة في الأشهر الأخيرة من حياته، والذي أصبحت قصته وحكمته موضوع الكتاب الأكثر مبيعًا «أيام الثلاثاء مع موري». كما نالت سو رودريجز، إحدى مرضى التصلب الجانبي الضموري، شهرة وطنية في كندا خلال معركتها القضائية العنيدة من أجل نيل حقها في الانتحار بمساعدة الطبيب. وفي النهاية لم يستطع قرار من المحكمة العليا نفسها أن يحرمها ذلك الحق. تتطابق قصتها هي الأخرى مع ما تُعلِّمنا إياه حياة هؤلاء الآخرين.

تحكي حياة مرضى التصلب الجانبي الضموري بلا استثناء عن حرمان أو فقد عاطفي في الطفولة. تتسم شخصيات المرضى بالدافع الذاتي الذي لا يلين، ورفض الاعتراف باحتياجهم إلى المساعدة، وإنكار الألم الجسدي والعاطفي على السواء. تسبق كل هذه السلوكيات وآليات التكيف النفسية ظهور المرض بوقتٍ طويل. اللطف الواضح لمعظم –وليس جميع– مرضى التصلب المتعدد، هو تعبير عن الصورة المفروضة ذاتيًّا التي يجب أن تتماشى مع توقعات المريض (والعالم). على عكس الفرد الذي تظهر خصاله البشرية تلقائيًّا، يبدو المريض عالقًا في دور ما، حتى عندما لا يزيده ذلك الدور إلا ضررًا. يعتنقه واضعًا إياه في المكان الذي يُفترض أن يسكنه إحساس قوي بالذات – لا يمكن أن يتطور إحساس الذات القوي في ظل طفولة مبكرة من

العقم العاطفي. والأشخاص الذين يعانون ضعف الإحساس بالذات، غالبًا ما يتماهون بشكل غير صحي مع الآخرين.

يعلِّمنا مثال لو جيهريج لاعب البيسبول الأول في فريق نيويورك يانكيز الكثير. فقد حصل جيهريج على لقب «الحصان الحديدي» لرفضه العنيد إخراج نفسه من الفريق بغض النظر عن المرض أو الإصابة. في ثلاثينيات القرن الماضي، قبل فترة طويلة من عصر العلاج الطبيعي والطب الرياضي المتطور، سجَّل جيهريج رقمًا قياسيًّا للمباريات المتتالية التي لعبها –2130 مباراة– ولم يستطع أحد تحطيمه على مدى ستة عقود لاحقة. بدا وكأنه يشعر بأن مهارته الاستثنائية ولعبه المتفاني عندما يكون معافى ليسا كافيَين، وكان مخلصًا لمعجبيه وأرباب عمله لدرجة عجز معها عن أخذ استراحة ولو مرة واحدة. لقد علِق جيهريج، وفقًا لكاتب سيرته الذاتية «في دوره الذي صممه بنفسه كابن مخلص، كلاعب فريق مخلص، كمواطن مخلص، كموظف مخلص».

تذكَّر أحد زملاء جيهريج مشاركته في إحدى المباريات على الرغم من وجود كسر في إصبعه الوسطى بيده اليمنى.

قال: «كان ضرب الكرة يؤلمه في كل مرة. ويوشك على التقيؤ في كل مرة يلتقطها. كان بوسع المرء أن يرى جفوله. لكنه أبى إلا أن يُكمل مباراته». عندما صُوِّرت يداه بالأشعة السينية، وجد أن كل إصبع من أصابعه كانت مكسورة في مرحلة ما من حياته، بعضها كُسر أكثر من مرة. وقبل فترة طويلة من اضطرار جيهريج إلى التقاعد بسبب التصلب الجانبي الضموري، كان قد أصيب بسبعة عشر كسرًا في حوادث منفصلة في يديه. كتب أحدهم: «كان يُكمل المباريات بابتسامة جنونية مثل راقص موت يخوض سباقًا مضنيًا». ظهر التناقض الصارخ بين موقف جيهريج القاسي تجاه نفسه وبين اهتمامه بالآخرين عندما شعر أحد اللاعبين المبتدئين بالوهن إثر نزلة برد شديدة. لتهدئة مدير الفريق المنزعج، أخذ جيهريج الشاب إلى منزله لتعتني به والدته، والتي داوت «المريض» بالنبيذ الساخن ووضعتْه في الفراش بغرفة ابنها. ونام لو على الأريكة.

وُصِف جيهريج بأنه «فتى أمه» المثالي. حيث عاش مع والدته حتى زواجه في أوائل الثلاثينيات من عمره، وهي الزيجة التي لم تقبلها الأم إلا بامتعاض ملحوظ.

شُخِّصت حالة ستيفن هوكينج في سن الحادية والعشرين. كتب مؤلفو سيرته الذاتية: «خلال أول عامين له في كامبريدج، تفاقمت أعراض مرضه بسرعة. بدأ يعاني مشقة هائلة في المشي، وكان يضطر إلى استخدام عصا للتحرك مسافة لا تتعدى بضعة أقدام. ساعده أصدقاؤه قدر ما استطاعوا، لكنه رفض مساعداتهم في أغلب الأوقات. وباستخدام الجدران والأشياء إلى جانب العصي، كان يسعه، ببطءٍ مؤلم، اجتياز الغرف والمساحات المفتوحة. مرات عديدة لم تكن تلك الدعامات كافية... في بعض الأيام كان هوكينج يظهر في المكتب بضمادة حول رأسه، بعد أن تعرَّض لسقطة قوية وأصيب بنتوء رهيب».

نشر دينيس كاي، أحد ضحايا التصلب الجانبي الضموري، كتابه «ظننت أني سأموت» في عام 1993. أضحك كِتابه القرَّاء، على الرغم من معرفتهم بمصير المؤلف، وكان ذلك ما أراده كاي بالضبط. شأنه شأن عديد من الكُتاب الآخرين ممن يعانون التصلب الجانبي الضموري، لم تردعه المطالب الجسدية الباهظة للكتابة دون استخدام الأصابع أو اليدين. وبدأ كتابه بفصلٍ بعنوان «أسلوب حياة المرضى والضعفاء» قائلًا: «دعوني أبدأ بالقول إن التصلب الجانبي الضموري ليس لضعاف القلوب. بل إني في الواقع لا أُوصي به إلا لهواة التحدي الحقيقيين». كان كاي ينقر أحرف كتابه بعصا طرفها الآخر مثبَّت في جبهته. ها هو وصْفُه لـ «شخصية التصلب الجانبي الضموري»: «نادرًا ما يرى المرء كلمات مثل «عاطل» أو «كسول» مجتمعة في نفس الجملة مع «التصلب الجانبي الضموري». الواقع أن إحدى السمات المنفردة التي يبدو أن مرضى التصلب الجانبي الضموري يتشاركونها هي الماضي المفعم بالنشاط. في كل الحالات تقريبًا، كان الضحايا إما متفوقين نموذجيين وإما مدمنين للعمل، لقد وُصفتُ بأني مدمن للعمل... ولو خطر لهم أن يدعوني بحذاء عمل لفعلوا... ولكن الحقيقة، ورَغم أنني كنت أعمل طوال الوقت، فلم

أكن قط مدفوعًا بإدمان تجاه العمل بقدر ما كنت مدفوعًا بكراهية، وربما حتى ازدراء، تجاه الملل».

أَلَّفتْ إيفلين بيل، وهي كندية أخرى مريضة بالتصلب الجانبي الضموري، كتابها «صرخات الصامتين» بارتداء نظارة مزودة بشعاع ليزر توجِّهه نحو لوحة إملائية، وتشير بجهد جهيد إلى كل حرف من كل كلمة لينسخه مساعدوها المتطوعون. وبالنسبة إليها هي الأخرى لم يكن مثل هذا التفاني المتقد تجاه هدف بالشيء الجديد. تروي أنها عاشت حياتها «بوتيرة محمومة». كانت أمًّا لثلاثة أطفال في الوقت الذي كانت فيه تبني مسيرة مهنية ناجحة.

تقول: «كان من الصعب التوفيق بين التدبير المنزلي وتربية الأطفال والعمل والبستنة والديكور الداخلي والسياقة، لكني أحببت أدواري وأدَّيتها بحماسة هائلة... خلال سنوات تنشئة الأسرة، نما عملي في المكملات الغذائية على نطاق واسع واستمتعت بقيادة العديد من سيارات الشركة والكثير من الرحلات إلى أراضٍ أجنبية. بلغتُ مستويات عدة من النجاح في المجال، وحققتُ أعلى الإنجازات في كندا لعدد من السنوات. شعرت أني أريد أن أكون ناجحة في التربية وفي كل ما أفعله».

ومن قبيل المفارقة غير الواعية أن إيفلين بيل قد روَت كل هذا بعد أن كتبت قائلة: «*نعلم أن بوسعنا دائمًا تعويض المال، لكن لا يسعنا تعويض صحتنا أو زواجنا*».

يؤدي المرض في كثير من الأحيان إلى أن يرى الناس أنفسهم في ضوء مختلف، وأن يعيدوا تقييم طريقة عيشهم الحياة. داهم دينيس كاي ذات يوم تجلٍّ مفاجئ عندما راقب –بـ «رضا عفوي»– أباه واثنين من موظفيه وهم يؤدون مهمة كان دينيس ينجزها دائمًا بمفرده دون تردد. كتب: «ولم يلبث أن تحول الرضا إلى إحباط، كانت جميع إنجازاتي تقريبًا مرتبطة بشكلٍ أو بآخر ليس بتطلعاتي، وإنما بتطلعات أبي. لا أريد أن يتحول كلامي هذا إلى اعتراف على غرار اعترافات برنامج أوبرا، ولكنني منذ كنت طفلًا أعمل في عطلاتي الصيفية، كنت أساعد أبي في تحقيق أهدافه هو والتزاماته هو، باستثناء بضع سنوات في أواخر سن المراهقة، كنت قد قضيت الأربعة عشر عامًا الماضية في الوفاء بالمواعيد النهائية لشخص آخر... وفجأة في غمضة

عين وجدت نفسي أبلغ الثلاثين لأواجه موعدًا نهائيًّا يخصني وحدي، الموعد النهائي المطلق».

***

يتجلى هذا الشعور القهري بالواجب تجاه الآخرين في حياة لورا، مريضة التصلب الجانبي الضموري التي التقيتُها مؤخرًا. استقبلتني لورا، مدربة الرقص السابقة ذات الخمسة وستين عامًا، عند باب منزلها الكلاسيكي المصنوع من الخشب والزجاج في الساحل الغربي. كانت تفيض بأناقة راقصات الباليه ورُقيهن حتى وهي تتكئ على عصاها التماسًا للدعم. شُخصت بالتصلب الجانبي الضموري قبل أربع سنوات في الوقت الذي كانت تخضع فيه للعلاج الكيميائي بسبب سرطان الثدي. تحكي قائلة: «ذهبتُ إلى حفل موسيقي، وفجأة لم أستطع التصفيق. تشنجت أصابعي ولم تكن بالخفة التي اعتدتها منها. ثم بدا أن الأمر يزداد سوءًا مع جلسات العلاج الكيميائي. تعرَّضتُ لعدة سقطات قوية، حيث كسرت ذات مرة عظام وجنتي ومحجر عيني». توقفت لورا عن الحديث، ولكن كان لا يزال ممكنًا سماع إيقاعات الفكاهة المرحة وحب الحياة في الانسياب الرتيب نوعًا ما لكلامها.

ظهرت مشكلات لورا الطبية بعد عام متوتر عملت خلاله بجِد في مشروع نُزُل جديد أنشأتْه في المنزل الذي تعيش فيه مع زوجها الثاني برنت.

تقول: «لطالما أردت افتتاح نزل. وجدت مكانًا مناسبًا لكن توالت عليَّ الضغوط حيث تعيَّن علينا الإتيان بأموال أكثر مما يمكننا فعليًّا تحمله. شعرت بالذنب لأن برنت اضطر إلى تقديم عون مالي لمشروعي. كانت تلك السنة الأولى صعبة، حيث بدأنا بتزيين الغرف، وبنينا الكراج. أشرفت أنا على العمل وبناء الكراج وكذا التزيين. مرَّ عام تقريبًا إلى أن جاء اليوم الذي انتقلنا فيه إلى المكان واكتشفتُ الورم». ثم تلاه بعد بضعة أشهر تشخيص التصلب الجانبي الضموري.

تُجسِّد لورا كيف يصبح مستحيلًا على مرضى التصلب الجانبي الضموري التخلِّي عن المسؤولية التي فرضوها على أنفسهم بعد فترة طويلة من إيذان

أجسادهم بالتمرد. ففي الوقت الذي أجرينا فيه مقابلتنا، كانت مدبرة النُّزل غائبة في رحلة إلى أوروبا.

تقول لورا: «اتضح أن 70 بالمئة من نزلائنا هم زوار متكررون. يتسنى لك أن تتعرف عليهم كأصدقاء، أتفهمني؟ شعرت بالذنب بعد الإعلان بأننا لن نستقبل أي ضيوف في شهر غياب هيدي. ولكن في نهاية الأسبوع الماضي، كانت لدينا ثلاث غرف مشغولة لأنني لم أستطع قول لا. وفي الأسبوع المقبل لدينا نزيلة متكررة زارتنا أكثر من عشر مرات، نحن نعدها ضيفة شرف».

اقترحتُ قائلًا: «ماذا عن قول «عزيزتي ضيفة الشرف: أعاني مرضًا يجعل الحياة صعبة جدًّا عليَّ. لستُ مؤهلة لعمل يتطلب أي اعتناء بالناس»».

- يمكنني قول ذلك. لكن الفتاة قادمة وأنا أستمتع برفقتها حقًّا. إنها تعرف حالتي وتقول: «سأنظف غرفتي بنفسي وسآكل صحنًا من حبوب الإفطار في الصباح». هكذا يقولون جميعًا، لكني لا أستطيع السماح لهم بفعل ذلك. لأنه لم يحدث قط أن أعددتُ صحنًا من الحبوب على الإفطار.
- وما زلتِ لن تعدِّي واحدًا، هم من سيعدُّونه بأنفسهم.

ضحكت بدفء: «أنتَ تجعل الأمر يبدو بسيطًا جدًّا. لأفعل ذلك لا بد أن آخذ دورة، أو أتلقى بعض جلسات العلاج النفسي منك ربما».

ترسَّخ شعور الذنب تجاه قول لا أمام احتياجات الآخرين المتصوَّرة في عقل لورا منذ سن صغيرة. أصيبت أمها بسرطان الثدي عندما كانت لورا في الثانية عشرة من عمرها، وتوفيت بعد أربع سنوات[1]. صارت لورا المراهِقة مسؤولة عن رعاية شقيقتها وشقيقها، اللذين يصغرانها بخمس وعشر سنوات على التوالي. وحتى قبل ذلك كانت معتادة استباق رغبات أبويها.

تقول: «كانت أمي مدربة رقص، لذا بدأتُ الرقص في سن مبكرة جدًّا ولم أتركه طوال حياتي. ذهبتُ إلى نادي «باليه وينيبيج الملكي»، لكن القصة

(1) يسري جين سرطان الثدي في عائلة لورا. فقد شُخِّصتْ شقيقتها أيضًا قبل ستة أشهر من لورا. وسوف يكون سرطان الثدي موضوع فصلٍ لاحق. (المؤلف).

انتهت بأن كنت أطول من اللازم، لذلك فتحتُ مدرسة رقص مع أحد الأصدقاء ودرَّبتُ الأطفال».

- إنها حياة صعبة، حياة الباليه تلك. هل استمتعتِ بها في طفولتك؟
- أحيانًا. وكرهتها في أحيانٍ أخرى. كرهت عدم تمكني من الذهاب مع أصدقائي إلى السينما بعد ظهر يوم السبت، أو أني دائمًا ما كنت أفوِّت حفلات أعياد الميلاد.
- كيف تعاملتِ مع ذلك؟
- كانت أمي تعطيني الخيار، *وأظن أنني كنت أختار الذهاب إلى الرقص لأني أعلم أنها تفضِّل ذلك.*
- وماذا عما تفضلينه أنتِ؟
- كنت لأحب الخروج مع أصدقائي.

بعد وفاة والدتها لعبت لورا دور سيدة المنزل، ليس فقط كراعية لأخويها ولكن أيضًا كرفيقة لوالدها بطريقة ما.

تقول: «كان يسألني: «ماذا ستفعلين الليلة يا لورا؟». فأقول: «سأذهب إلى السينما مع صديقتي كاني». فيقول: «أوه، أظن أنني سأحضِر جليسة أطفال وآتي معك». كان جميع أصدقائي يأتون إلى منزلنا لأنهم يحبون والدي. كان لطيفًا مع الجميع ببساطة».

- ما كان شعورك حيال تسكع والدك معك وأصدقائك؟
- حسنًا، أي فتاة مراهِقة تلك التي قد تحب صحبة أبيها في كل الأوقات؟
- هل قلتِ يومًا: «أبي، أريد أن أكون مع أصدقائي بمفردنا»؟
- لا، لم أحب وجوده، لكني لم أرِد أن أجرح مشاعره.

كان زوج لورا الأول –الذي تزوجتْه هربًا من منزل عائلتها– زير نساء مهووسًا. تركها عندما كانت حبلى بطفلها الثالث، بمفردها دون أي دعم مالي. كانا حبيبين في الطفولة.

تساءلتُ: «كان يخونك؟ ولكم من الوقت تحمَّلتِ الأمر؟».

- أربع سنوات. كان لدي طفلان، وإيمان بالزواج. (رفعت لورا منديلها ببطء لمسح بعض الدموع) لم أتحدث عن هذا من قبل.
- ما زال الأمر يؤلمك.
- لا أدري لماذا، فقد مرَّ على ذلك مئة عام، آسفة، إن عواطفي تغلبني كثيرًا.
- ما شعورك حيال غلبة عواطفك؟
- تُزعجني، لأنها لا تجدي نفعًا.
- هل كانت غلبة العواطف أمرًا مزعجًا في حياتك؟
- حسنًا، إن غلبة العواطف في العادة تعني أن أمرًا سيئًا أو حزينًا قد حدث، لماذا قد يريد أي إنسان أن تغلبه عواطفه؟

كانت لورا على حق بطريقة ما. إن طفلًا يشعر بالحزن أو الغضب لن ينال راحة أبدًا ما لم يكن لديه من يتلقّى هذه العواطف ويوفر له بعض التسكين والاحتواء. كان لا بد من إخفاء كل شيء وراء جدارٍ صلب. لعل ذلك هو سبب الصلابة الجسدية في مرض التصلب الجانبي الضموري. فربما هناك حد أقصى للجهد الذي يستطيع الجهاز العصبي بذله في كبت العواطف القوية التي تصرخ طلبًا للظهور. في مرحلة ما عند الأفراد الأكثر عرضة للإصابة، يبدو منطقيًا أن نفترض أن الأعصاب قد تفقد قدرتها على تجديد نفسها. هل يُحتمَل أن يكون التصلب الجانبي الضموري نتيجة لجهاز عصبي منهَك لم يعد قادرًا على إعادة بناء نفسه؟

تساءل أطباء أعصاب كليفلاند في عرض ميونيخ قائلين: «لماذا لا تذكر كتب الطب حقيقة أن مرضى التصلب الجانبي الضموري هم مجموعة متجانسة بشكل لافت للنظر؟ ربما السبب الرئيس هو أن تلك الحقيقة تستند إلى تقييمات شخصية تنقصها وسائل التحقق العلمية. ومن ثم يصبح صعبًا للغاية، وفقًا لزملائنا النفسيين، أن يُقاس مقدار «اللطف»». ربما إذا اهتم الباحثون بتواريخ حياة المرضى، ستظهر الكثير من المعلومات المفيدة التي نغفل عنها الآن. الأمثلة الواردة في هذا الفصل تثبت ذلك.

يتوارى الغضب والحسرة تحت قشرة اللطف، بغض النظر عن مدى صدق المرء في خلطه بين القناع وذاته الحقيقية. قبل عامين، قالت لي شقيقة أحد مرضى التصلب الجانبي الضموري: «أمي ما زالت على قيد الحياة، وأنا أحبها كثيرًا. لكنها متسلطة جدًّا وسطحية في فهمها للعواطف ولا تبالي باحتياجات الآخرين ورغباتهم. إنها لا تسمح لأحد باتباع ذاته. كان العثور على هويتي مع والدتي أمرًا شديد الصعوبة. عندما أتفكَّر في مرض أخي، أعتقد أننا جميعًا نجحنا في معرفة كيف نصبح أفرادًا مستقلين. كان ذلك صعبًا، لكننا فعلناه باستثناء أخي، الذي عجز عن فعل ذلك بطريقة ما. في آخر مرة كنت هناك -أنا في الرابعة والخمسين الآن وهو في السادسة والأربعين- قال لي: «إنني أكره أمي». ومع ذلك فهو الألطف مع والدتي مقارنةً بنا جميعًا. يذهب إلى هناك -وهو يسير بشق الأنفس بتصلبه الجانبي الضموري- ويأخذ الحساء لها. عندما يكون في حضرة أمي يصبح صبيًّا صغيرًا فاتنًا، الفتى الصغير الطيب الذي طالما كانه، ولم أكنه أنا».

***

جوان فتاة جميلة في الثامنة والثلاثين من عمرها، ذات شعر أسود وعينين زرقاوين بإشراقة حزينة، أُدخلت في قسم الرعاية التلطيفية لدينا قبل وفاتها ببضعة أشهر. كانت راقصة. وتبيَّن أن رفض أطرافها المفاجئ والمحيِّر لإطاعة إرادتها على حلبة الرقص هو أول ظهور لمرض التصلب الجانبي الضموري. نظرًا إلى اعتزازها بمهارتها الفطرية في التحرك بحرية وإبداع، أحسَّت جوان بأن هذا التشخيص هو أكبر ضربة قاضية يمكن تخيُّلها.

قالت: «أفضِّل أن أموت من أحد أنواع السرطان المريعة». كانت بالفعل في المراحل الأخيرة من المرض عندما طلبت مني وعدًا بأن أقتلها عندما يحين الوقت. تعهدتُ بأننا لن ندعها تعاني ألمًا أو ضيق تنفس. كان ذلك عهدًا استطعت بضمير مرتاح أن أقطعه دون المساس بمبدأ رفض القتل الرحيم الذي يتشاركه معظم أطباء وممرضات الرعاية التلطيفية.

يمكن للمرء أن يتعرف على الناس سريعًا من كثب إذا اعتنى بهم في أثناء فترة احتضارهم. تحدثت أنا وجوان كثيرًا. قالت لي ذات مرة: «طوال حياتي

ومنذ طفولتي كان يراودني حلمٌ بأني أُدفن حيَّة. أراني مستلقية في نعشي تحت الأرض، عالقة، عاجزة عن التنفس. عندما شُخصتُ منذ ثلاث سنوات، ذهبت إلى معهد التصلب الجانبي الضموري للحصول على معلومات. وعلى الحائط هناك رأيت ملصقًا مثبتًا يقول: «الإصابة بمرض التصلب الجانبي الضموري تشبه أن تدفَن حيًّا»».

لا أعتقد أن كابوس جوان المتكرر كان مصادفة أو نبوءة خارقة للطبيعة. فمشهد كونها وحيدة، مكبَّلة، يائسة وهالكة لا محالة، صوتها غير مسموع، كل ذلك كان الواقع النفسي لتجربتها في الطفولة. لم تشهد نفسها قط ككائن حي وحر في علاقتها بأبويها أو أشقائها. لم يسعني سوى التكهن بالضغوط التي وقعت على أجيال لا أدري عددها حتى أفضت في النهاية إلى ذلك الوضع الذي كانت فيه بين أفراد عائلتها الأصلية. وكما توقعت، لم يزرها أبواها ولا إخوتها وأخواتها خلال فترة احتضارها. عائلة جديدة من مقدِّمي الرعاية المخلصين رافقوا جوان خلال أسابيعها الأخيرة وبقوا بجانبها حتى آخر نفس. كانت نائمة بعمق خلال أيامها الأخيرة. وفيت بالوعد الذي قطعتُه، لم تعانِ في نهاية المطاف.

***

سو رودريجز، السيدة الفيكتورية التي نُفِّذت رغبتها في الانتحار بحضور عضو من البرلمان الكندي، كانت هي الأخرى منعزلة عاطفيًّا عن أُسرتها.

تصف كاتبة سيرتها الذاتية، الصحفية ليزا بيرني اليوم الذي تأكَّد فيه تشخيص رودريجز بمرض التصلب الجانبي الضموري قائلة:

> «أحسَّت سو بركبتيها تنثنيان، وبساقيها تستحيلان ماءً. كانت تعرف ما هو مرض التصلب الجانبي الضموري، كانت قد شاهدت الفيلم الوثائقي عن عالم الفيزياء والفلك ستيفن هوكينج، تعرف حالته، حاولت تخيُّل حياتها داخل جسد لا يستطيع الوقوف أو المشي أو التحدث أو الضحك أو الكتابة أو احتضان طفلها... أسندت ظهرها إلى الحائط. ثم تنامى

إلى سمعها صوت فظيع، بدائي مثل صرخة حيوان جريح، مختلف عن أي شيء سمعته من قبل. ثم أدركت ببطء شديد، من تعبيرات المارة الخائفين، أن ذلك الصوت إنما كان آتيًا من فمها، هاتفتْ أمها وزوج أمها، دو وكين ثاتشر، لتخبرهما.

قالت دو: «كنت أعرف أنا وكين أن هذا على الأرجح ما تعانينه».

شعرت سو بالخذلان، وأفسحت المجال لحزن جامح».

(نهاية ما كتبته الصحفية)

كانت سو الثانية بين خمسة أطفال وُلدوا لأبويها خلال عشر سنوات. وكانت هي المنسية على الدوام. اعتقدت والدتها بطريقة ما أن سو مَن اختارت ذلك. تقول: «بدت منذ لحظة ولادتها تقريبًا كأنها لا تشعر بأنها جزء من العائلة، ليس مثلما شعر الآخرون. والمرض لم يزِد الأمر إلا سوءًا». لم تحظَ الأم وابنتها إلا بمكالمة هاتفية عرضية واحدة خلال الأشهر الأخيرة من حياة سو. وقد وُصِفَت دو من قِبل ابنتها والآخرين بأنها «ليست من النوع الذي يعتني بالآخرين».

كتبت بيرني: «رد الفعل الفظ الذي أبدته الأم حينما اتصلت سو من المستشفى لتبلغها بالتشخيص كان مثالًا ليس فقط على افتقار دو إلى مهارة الاعتناء بالآخرين، بل أيضًا على نوع العلاقة التي كانت بين الأم وابنتها. ولم تتحسن الأمور مع تدهور حالة سو».

كان التواصل العاطفي غريبًا على آل رودريجز، وفقًا لشقيقها الذي كان يصغرها بأربعة عشر شهرًا. كان هو وحده من حافظ على أي اتصال منتظم مع أخته المحتضِرة. قال إن معظم أفراد الأسرة يفضِّلون عدم إظهار مشاعرهم.

لا نتحدث هنا عن مجموعة غريبة من البشر عديمي المشاعر، فالمشكلة لم تكن نقصًا في الشعور بقدر ما كانت *فائضًا* من العواطف المؤلمة المكبوتة. تعامل آل رودريجز مع الأذى العاطفي بقمعه. لقد أوصلتهم أجيال من التاريخ العائلي إلى نمط التكيف هذا. كان والد سو، توم، الذي توفي بسبب

تليف الكبد الناجم عن تعاطي الكحول في سن الخامسة والأربعين، ضحية سابقة لتخمة الألم هذه. كان رجلًا ينقصه تقديره لذاته، ويهيمن الآخرون عليه طوال حياته.

ما الذي دفع سو رودريجز، الأم والمصابة بمرض عضال، إلى بذل مواردها الجسدية والنفسية المتناقصة في معارك قضائية علنية وحملات إعلامية استنزفت طاقتها الحيوية إلى أقصى حد؟ امرأة لبقة بشخصية جذابة وابتسامة جميلة، صارت بطلة بالنسبة إلى كثيرين ممن رأوها محاربة ذات شجاعة وعزيمة لا تُقهر. ونُظِر إليها عمومًا على أنها إنسانة تناضل من أجل حقها في الموت في الوقت الذي تريد وبالطريقة التي تختار.

لطالما كانت قصة سو رودريجز أكبر من مجرد مسألة الحرية في الموت، وإن كان هذا هو الجزء من مأساتها الذي استحوذ على خيال الجمهور. ذلك لأنه خلف القناع الشهير للمقاتِلة الواثقة والعازمة، كانت السيدة رودريجز امرأة خائفة ووحيدة لا تملك سوى منظومة دعم هشة للغاية، وتشعر بالغربة مع زوجها المجافي ومع عائلتها. كانت شخصيتها سيناريو متعدد الطبقات. وكالعادة كانت الطبقة الأكثر وضوحًا هي أيضًا الأكثر سطحية.

تظن كاتبة السيرة الذاتية أن سو رودريجز «امرأة ذات قناعات قوية وإحساس طاغٍ بالذات. كانت تتحكم في حياتها وفضَّلت أن تتحكم في موتها». ولكن كما هو الحال مع جميع مرضى التصلب الجانبي الضموري، فإن الواقع أكثر تناقضًا بعض الشيء. القناعات القوية ليست بالضرورة دليلًا على وجود إحساس طاغٍ بالذات، في كثير من الأحيان يكون العكس هو الصحيح. ربما لا تتعدى المعتقدات الراسخة كونها جهودًا لا واعية لخلق إحساس بالذات يملأ الخواء الذي يشعر به المرء في داخله.

لسو رودريجز تاريخ من العلاقات الشخصية المضطربة بشدة، والتي تشير إلى أنها لم تكن يومًا صاحبة السلطة في حياتها. لعبتْ أدوارًا من دون أن تدنو ولو مرة من ذاتها الحقيقية. وكان سؤالها الملتاع إلى المحكمة والجمهور -«حياتي مِلك من؟»- هو خلاصة وجودها كله. تبيَّن أن نضالها من أجل التحكم في ظروف موتها كان دورها الأعظم والأخير. تقول ليزا بيرني إنه بمجرد أن فُتحت قضية سو رودريجز، «تحولتْ إلى شخصية وطنية،

وانغمستْ في الدور كما لو أن حياتها بالكامل كانت تحضيرًا له، وهكذا كانت بالفعل».

عندما شُخصتْ سو رودريجز بمرض التصلب الجانبي الضموري، في ذروة يأسها أدركتْ أنها من المستحيل أن تحوز في وضعها ما تصوَّرت أنه المزايا النسبية لرفيق المعاناة ستيفن هوكينج.

كتبت بيرني: «أعطاها الأطباء كُتيبات عن الرعاية التلطيفية، وقد وصفتْ تلك الكُتيبات مرضى «محاطين بأسرة محبة» ومرضى وجدوا السعادة في «عيش حياة العقل». فكَّرتْ: أي أسرة محبة تلك؟ ما المقصود بحياة العقل؟ دعوا عبقريًّا مثل ستيفن هوكينج يعيش حياة العقل. أما أنا، فلا حياة لدي إن لم أستطع تحريك جسدي».

***

لئن كان الوصف العام لستيفن هوكينج بأنه آينشتاين العصر الحديث محل تشكيك في المجتمع العلمي، فلا أحد يسعه إنكار ذكائه أو أصالة فكره أو جسارته الذهنية. لقد تأجج إعجاب العالم بإرادته التي لا تُقهر، والتي حافظت على حياته وعمله، منذ أول ظهور لمرض التصلب الجانبي الضموري في صورة تلعثم طفيف في كلامه وهو بعد طالب لا يتجاوز عمره العشرين عامًا. شخَّص الأطباء هوكينج في عام 1963 وأخبروه بأنه لن يعيش أكثر من عامين بحد أقصى. أوشك أن يموت ذات مرة بالفعل، حينما عانى الالتهاب الرئوي ودخل في غيبوبة في إحدى رحلاته إلى سويسرا. ومع ذلك، وبعد مضي أربعة عقود من تشخيصه، وبعد أن أصيب بشلل تام وصار قعيدًا وعاجزًا كليًّا، ها هو ذا ينشر توًّا كتابه الثاني الأكثر مبيعًا. لقد جاب العالم طولًا وعرضًا بلا انقطاع، وأصبح محاضرًا مطلوبًا بشدة على الرغم من عجزه عن النطق بكلمة واحدة. وحصد العديد من الأوسمة العلمية.

على الرغم من وجود استثناءات، فإن مسار التصلب الجانبي الضموري مُتوقَّع بصفة عامة. يموت الغالبية العظمى من المرضى في غضون عشر سنوات من التشخيص، والعديد منهم يموتون قبل ذلك بكثير. في بعض الحالات الفردية تعافى المرضى من أعراض شبيهة بتلك المرتبطة بالتصلب

الجانبي الضموري، ولكن لم يحدث قط أن عاش أحدهم مع ويلات المرض بقدر ما عاش ستيفن هوكينج، الذي لم يكتفِ بمواصلة العمل فحسب، بل حقق نجاحات ساحقة. تُرى ما الذي مكَّنه من زعزعة تلك الآراء الطبية والإحصائيات القاتمة؟

لا يمكننا فهم حالة هوكينج كظاهرة سريرية منفردة، بمعزل عن ظروف حياته وعلاقاته. لا ريب في أن طول عُمره كان كُرمى لعزمه المتقد على عدم السماح للمرض بهزيمته. لكنني أؤمن أيضًا بصحة الفكرة المريرة التي جالت بذهن سو رودريجز: لقد حاز الشاب ستيفن موارد غير مرئية يصعب على معظم مرضى التصلب الجانبي الضموري الوصول إليها. فبالنظر إلى طبيعة التصلب الجانبي الضموري كمرض يدمِّر الجسم بينما يترك العقل سليمًا، من شأن المفكر التجريدي أن يجد نفسه في وضعٍ مثالي يؤهله «لعيش حياة العقل». بعكس متسلقة الصخور المحترفة والعدَّاءة السابقة رودريجز، وبعكس الراقصتين لورا وجوان، لم يرَ هوكينج أن تدهور جسده قد ينتقص من الدور الذي اختاره لنفسه. بل على النقيض من ذلك، ربما أضاف إليه. قبل التشخيص والوهن المصاحب له، كان هوكينج بلا هدف نوعًا ما، على الرغم من مواهبه الفكرية اللامعة.

لطالما تمتَّع هوكينج بثقة وقدرات معرفية ورياضية هائلة، لكنه لم يشعر قط بالراحة داخل جسده. كتب مايكل وايت وجون جريبن في كتابيهما «ستيفن هوكينج: حياة العلم»: «كان غريب الأطوار وأخرق، نحيفًا وهزيلًا. بدا زيه المدرسي في حالة فوضى على الدوام، ووفقًا لأصدقائه، كان حديثه أشبه بثرثرة منه بكلامٍ واضح... كان ببساطة ذلك النوع من الفتيان، الذي يكون موضع نكات زملائه، يضايقونه ويتنمرون عليه بين الحين والآخر، يحترمه البعض سرًّا ويتجنبه أغلبهم». لم تكن غايته تحقيق التوقعات التي تنبأ بها أولئك الذين لمحوا مهاراته الحقيقية. على ما يبدو كان ستيفن الشاب هو الحامل المختار لطموحات أبيه المحبَطة. كان والده عازمًا بوضوح على أن ينجح ابنه في الأهداف التعليمية والاجتماعية التي لم يستطع هو قط بلوغها تمامًا. وكان أحد الأهداف أن يلتحق ستيفن بواحدة من أعرق المدارس الخاصة في إنجلترا. سجَّل الصبي ذو العشر سنوات في اختبار منحة مدرسة

ويستمنستر: «حل يوم الاختبار ومرض ستيفن. لم يجلس قط أمام اختبار القبول ومن ثم لم يحصل قط على مكان في إحدى أفضل المدارس بإنجلترا».

قد يفترض المرء بالطبع أن هذا التعب المفاجئ كان محض صُدفة. وبوسعنا أيضًا أن نراه السبيل الوحيد أمام الصبي لقول لا لضغوط أبيه. من الصعب تمييز الحقائق، نظرًا إلى ولع أسرة هوكينج بالخصوصية. ولكن ما نعرفه هو أنه في وقت لاحق، بعد أن غادر الشاب هوكينج منزل أبويه وصار حرًّا في السعي وراء تفضيلاته، اتضح أن تفضيلاته كان لها طابع اجتماعي أكثر منه أكاديمي. انغمس ستيفن في قدرٍ لا بأس به من التراخي وشرب الكحول، والتملص من الصفوف والمذاكرة (الشكل التقليدي للمقاومة السلبية في الجامعة). بدت مسيرته الأكاديمية في خطر لفترة من الوقت، وفكَّر لوهلة في الالتحاق بالخدمة المدنية. فقط بعد تشخيصه بدأ في تركيز ذكائه الأسطوري على عمله: بيان طبيعة الكون وسد الفجوات النظرية بين نسبية أينشتاين وميكانيكا الكم. لقد حررتْه إعاقته الجسدية من العديد من مهام التدريس والإدارة التي يتعين على العلماء الآخرين تحملها. كتب مؤلفا سيرته الذاتية: «البعض عزا نجاحاته العظيمة في علم الكونيات إلى هذه الحرية الدماغية المعززة، بينما زعم آخرون أن نقطة التحول في استخدام مهاراته كانت هي العَرَض الأول لمرضه، وأنه كان قبل ذلك مجرد طالب ذكي بالمعدل المتوسط».

يصعب تقبل وجهة النظر الأخيرة تلك، ولكن هوكينج نفسه اعترف بأنه لم يبدأ بذل جهوده في أي شيء إلا بعد ظهور مرضه، يقول: «لقد... بدأت العمل لأول مرة في حياتي. ولدهشتي، وجدت أني أحبه. لعله ليس من العدل أن أسمِّيه عملًا. قال أحدهم ذات مرة إن العلماء والبغايا يتقاضون أجرًا مقابل فعل ما يهوونه».

لا تنم تلك العبارة عن الكثير من الحكمة فيما يخص البغايا، ولكن من الواضح أن الحظ كان حليف هوكينج إذ تركه في وضع يسمح له بمتابعة مهنة حقيقية، على الرغم من قيوده الجسدية القاسية.

كان العامل الآخر الذي لا غنى عنه الذي امتلكه هوكينج وافتقرت إليه رودريجز هو الدعم العاطفي غير المشروط والرعاية الفعلية من شخص

محب. بالنسبة إلى ستيفن، كان مصدر هذا الاعتناء هو زوجته –التي صارت الآن زوجته السابقة– جين هوكينج. الحقيقة هي أنها قررت أن تكرس حياتها لأجله، مضحية بالكثير من جانبها، كما ستدرك في نهاية المطاف. التقى الاثنان قبل تشخيص ستيفن بالتصلب الجانبي الضموري وتزوجا بعدها بفترة قصيرة. بالنظر إلى ماضيها، كانت جين مرشَّحة ممتازة لدور الراعية المخلصة الناكرة لذاتها. كتبتُ كلمة «ناكرة لذاتها» هنا عن عمد: فقد افتقرت جين إلى الإحساس المتطور والمستقل بذاتها، ومن ثم انغمست كليًّا في دورها كممرضة ستيفن وأمه وملاكه الحارس. تقول في مذكراتها «موسيقى لتحريك النجوم» عام 1993: «أردت أن أجد هدفًا لوجودي، وأحسب أنني وجدته في فكرة الاعتناء به». عندما راودها شك في قدرتها على أداء تلك المهمة الشاقة، قال لها أصدقاؤها: «ما دام ستيفن بحاجة إليكِ فمن الواجب عليكِ أن تؤديها». فأخذت على عاتقها مسؤولية رعايته.

لم ينضم هذان الشابان إلى بعضهما في شراكة زوجية ندًّا لند وحسب، وإنما التحما. صارا جسدًا واحدًا، قلبًا وروحًا واحدة. لولا تهميش جين لحياتها وكفاحها الخالص من أجل حياته، ما كان ستيفن لينجو على الأرجح، ناهيك بنجاحه لهذه الدرجة المذهلة. يؤكد مؤلفو سيرته الذاتية أنه «من دون المساعدة التي منحتْها إياه جين، كان من المستحيل تقريبًا أن يقدر على المواصلة أو يملك الإرادة الكافية ليفعل».

ظلت العلاقة ناجحة طوال الفترة التي قبلت فيها جين وضع نكران الذات، وقبلت جريان الطاقة الروحانية بينهما في اتجاه واحد، من الزوجة إلى الزوج. أحب كلاهما الآخر، ولكن آل بها المطاف في النهاية أن شعرت بأنها مستغلَّة. تروي جين حادثًا غريبًا عندما وصلت إلى شقة خطيبها عام 1965 بذراعٍ مكسورة في جبيرة: «كان في الواقع ينتظر مني في ذلك الحين أن أستغل مهاراتي المكتبية وأكتب له استمارة التقدم لوظيفة ما. نظرة الفزع المروع التي علت وجهه وأنا أسير إلى غرفته بذراعي اليُسرى منتفخة تحت معطفي في جبيرة بيضاء، حطَّمتْ تلك النظرة كل آمالي في رؤية ولو لفتة من التعاطف من جانبه».

لخصتْ هذه الواقعة طبيعة علاقتهما: مارست جين شخصية الأم / المربية المتاحة على الدوام الصامتة المطيعة، التي يُنتظر منها أن تخدم، والتي تُؤخذ خدماتها كأمر مسلَّم به، أمر لا يكون ملحوظًا إلا في غياب صاحبه. طافت حول العالم مع زوجها، حيث كانت تواجه وتتغلب على صعوبات يومية تُعد فلا تُحصى، صعوبات لم تهدأ إلا بعد مضي وقت طويل، عندما أصبح ستيفن كاتبًا عالميًّا ذائع الصيت وذا دخلٍ مرتفع، وحتى حينها لم تهدأ الصعوبات كليًّا. أحسَّت بنفسها تتلاشى شيئًا فشيئًا. استُنزفتْ حد الجفاف، وشعرت بأنها تتحول إلى «قوقعة هشة فارغة، وحيدة وضعيفة»، وتولَّدت لديها ميول انتحارية. أما هوكينج، فقد استجاب إلى سعيها من أجل الاستقلال بالازدراء ثم أخيرًا بغضب طفلٍ هجرته أمه. استُبدلت بالزوجة في النهاية ممرضة انفصلت عن زوجها لتتزوج من العَالِم. وعثرت جين كذلك على حبٍّ آخر. وكانت تلك العلاقة الخارجية وحدها ما مكَّنت جين في سنوات الزواج الأخيرة من مواصلة خدمة ستيفن قدر ما أمكنها.

كانت مهنة هوكينج ودعم زوجته اللامحدود مصحوبين بشيء آخر ربما ساعده على النجاة: ألا وهو تحرر عدوانيته من خلال مرضه. إن «اللطف» المميز لمعظم مرضى التصلب الجانبي الضموري يمثِّل ما هو أكثر من الطيبة والخير المتأصلين في بعض البشر، إنه عاطفة *متطرفة*. عاطفة تضخمت عن النسب الصحية بسبب القمع القوي لتوكيد الذات.

توكيد الذات في دفاعنا عن حدودنا يمكن –بل ينبغي– أن يبدو عدوانيًّا، متى لزم الأمر. وقد أصبحت ثقة هوكينج بمهاراته الفكرية أرضًا صلبة يمارس بفضلها التعبير عن هذا العدوان، وبخاصة بعد بداية تدهوره الجسدي. تقول جين في مذكراتها: «من الغريب أنه كلما وهنتْ خطواته وقل ثباتها، صارت آراؤه أقوى وأكثر تمردًا».

مثل كل مرضى التصلب الجانبي الضموري الذين التقيناهم، اتسمت شخصية هوكينج بقمع نفسي شديد. يبدو أن أسرته كانت تنظر إلى الهشاشة الصحية والتفاعل العاطفي على أنهما من الأمور الغريبة. على مائدة العشاء، اعتاد آل هوكينج أن يأكلوا طعامهم دون تواصل، حيث كل رأس منكب على قراءة شيء ما. كان المنزل الذي نشأ فيه ستيفن في حالة من الإهمال تجاوزت

حد الغرابة لتشير إلى الجفاف العاطفي من جانب كلا الوالدين. يقول مؤلِّفو سيرته الذاتية: «لم يظهر فرانك ولا إيزوبيل هوكينج كثير اهتمام بحالة المنزل. بقي السجاد والأثاث قيد الاستخدام حتى أخذ في التداعي، وتُركت أوراق الحائط تتدلى في البقع التي تقشرت فيها بفعل الزمن، وظهرت العديد من الأجزاء في الجدران على طول الممر وخلف الأبواب حيث سقط الجص وترك مكانه فجوات واسعة على الحائط».

كتب وايت وجريبن عن والد ستيفن أنه كان شخصية نائية، «عرفه ستيفن في طفولته ومراهقته بالغياب». ووفقًا لجين، كان آل هوكينج يرون «أي تعبير عن العواطف أو الامتنان علامة على ضعف المرء، أو فقدانه السيطرة، أو إنكارًا لأهميته، والغريب أنهم بدوا خجولين من إظهار أي نوع من الدفء».

بعد زواج ستيفن بجين، انسحبت عائلته من المشاركة النشطة في رعايته، وهي حقيقة استطاعت جين بالكاد استيعابها، ناهيك بتقبلها. إلى جانب مسؤولياتها تجاه زوجها، كان عليها أيضًا أن ترعى أطفالهما الثلاثة بمفردها. وبسبب رفضه الاعتراف بالضغوط الواقعة عليها نتيجة مرضه – وبسبب خضوعها الطيِّع لموقفه هذا– لم تحظَ جين بأي فرصة للراحة. تتذكر قائلة: «كنت على حافة الانهيار، ومع ذلك ظل ستيفن مصممًا على رفض أي مقترحات قد توحي بأنه يقدم تنازلات من أجل المرض. ربما كانت تلك المقترحات لتريحني أنا والأطفال من بعض الضغط». لقد رفض ببساطة مناقشة أي مشكلة، معتمدًا على استعداد جين لامتصاص كل الضغوط الناتجة.

كتبت جين: «لم يحب قط الاعتراف بالعواطف، وعدَّها عيبًا خطيرًا وغير عقلاني في شخصيتي». قوبلت محاولاتها لنيل الدعم من أسرة زوجها باستغراب فاتر، بل وعداء. قالت لها حماتها ذات مرة: «الحقيقة هي أننا لم نحبك قط صراحةً يا جين، أنتِ لا تنتمين إلى عائلتنا». قالتها بعد عقود من خدمات جين الإيثارية لابنها.

***

هل تبين في هذا الفصل أن القمع العاطفي يسبب التصلب الجانبي الضموري أو على الأقل يحفزه؟ أن المرض نابع من العزلة والفقد العاطفي

في الطفولة؟ وأنه بصفة عامة –وإن لم تكن دائمة – يصيب الأشخاص الذين يعيشون حياة هادفة ويراهم الآخرون «لطيفين» جدًّا؟ لحين الوصول إلى فهم أكثر تقدمًا لمعضلة العقل والجسد، يجب أن يظل هذا مجرد فرضية شائقة، على الرغم من أنها فرضية يصعب على المرء العثور على أي استثناءات لها. فمن غير المعقول أن نفترض أن مثل هذه الارتباطات التي لا ننفك نراها يمكن أن تكون كلها محض مصادفة.

قد يساعد منظور العقل والجسد أولئك المصابين بالتصلب الجانبي الضموري، المستعدين لرؤية بعض الحقائق المؤلمة بشدة بشكل كامل ومن دون تردد. في بعض الحالات النادرة يُشفى الناس من أعراض شُخِّصت على أنها تصلب جانبي ضموري. ربما يجدر بحث تلك الحالات لمعرفة السبب. أبلغت د. كريستيان نورثروب عن أحد الأمثلة في كتابها «جسم المرأة، حكمة المرأة».

> تقول: «حتى إن دانا جونسون، صديقتي الباحثة والممرضة، تعافت من مرض لو جيهريج من خلال تعلم احترام جميع جوانب جسدها. بعد إصابتها بالمرض لعدة سنوات، بدأت تفقد السيطرة على عضلات تنفسها وكذا باقي جسدها. أدركتْ بسبب صعوبات التنفس أنها تحتضر. لكنها قررت عند تلك النقطة أنها تريد تجربة أن تحب نفسها حبًّا غير مشروط ولو لمرة واحدة قبل أن تموت. وصفت نفسها بأنها كانت أشبه بـ «صحن من الجيلي على كرسي متحرك»، وجلست كل يوم لمدة خمس عشرة دقيقة أمام المرآة لتختار أجزاء مختلفة من جسدها لتحبها. بدأت بيديها، لأنهما في ذلك الحين كانتا الجزء الوحيد من نفسها الذي يسعها تقديره دون شرط. ومضت تنتقل كل يوم إلى مناطق أخرى من جسدها...».
>
> كتبتْ في دفتر يومياتها كذلك عن الأفكار التي راودتها خلال هذه العملية، وخلصت في النهاية إلى أنها اعتقدت منذ طفولتها أنها كي تكون نافعة ومقبولة وذات قيمة، عليها أن تضحِّي باحتياجاتها الخاصة. وقد استلزم الأمر مرضًا عضالًا

لتتعلم أن فعل الخير من خلال التضحية بالنفس هو طريق مسدود لا نفع منه».

***

وفقًا لــ د. نورثروب، تعافت صديقتها بالممارسة اليومية الواعية للجرد العاطفي وحب الذات، اللذين «أذابا» شيئًا فشيئًا كل جزء من جسدها. لو أني قرأت مثل هذه القصة بعد تخرجي في كلية الطب لصرفت عنها النظر دون تروٍّ. وحتى في هذه اللحظة ما زال الطبيب المدرَّب عمليًّا في داخلي يريد أن يرى دليلًا مباشرًا على أن التصلب الجانبي الضموري قد شُخِّص بطريقة مشروعة في هذه الحالة. التقيتُ ذات مرة في عملي بالرعاية التلطيفية امرأة أُدخِلت في برنامج «الرعاية المؤقتة» وقد أقنعت نفسها ودائرة أصدقائها بأنها تعاني التصلب الجانبي الضموري، على الرغم من أن اختبارات التشخيص الكهربائي ونتائج التخطيط العصبي كانت كلها طبيعية تمامًا في كل المرات. ولم يصدقني الزملاء كثيرًا عندما أخبرتهم أن المريضة التي كانوا يعتنون بها بدأب هي، من وجهة النظر الجسدية الضيقة، سليمة معافاة مثلهم تمامًا.

واليوم لم يعد صعبًا بالنسبة إليَّ أن أصدق تقرير د. نورثروب. إنه يتماشى مع فهمي لهذا المرض.

حدثت واقعة مثيرة للاهتمام في قصة أليكسا، المعلمة التي لم يستطع زوجها بيتر قبول التشخيص بالتصلب الجانبي الضموري. كشفت تلك الواقعة عن إمكانية حدوث شيء ما مشابه. لقد تمكَّن الطبيب النفسي جوردن نيوفيلد من رؤيتها بمفردها مرة واحدة من دون زوجها. يقول د. نيوفيلد: «صار من الواضح تمامًا بالنسبة إليَّ أن عواطفها كانت مكبلة، وأنها قد فقدت حيويتها. امتدت الجلسة لساعتين في غياب بيتر، وتحسرت فيهما بشدة على حياتها ومرضها. صنع ذلك فرقًا هائلًا بالنسبة إليها، فقد رآها اختصاصي العلاج الطبيعي بعد الجلسة مباشرةً وذُهل من تحسن قوة عضلاتها. بيد أني لم أتمكن من مقابلتها بمفردها ثانيةً، ولم أتمكن من أخذها إلى ذلك المكان ثانيةً. لقد أُغلِقت النافذة ببساطة».

5

لم أكن يومًا جيدة كفاية

كان لدى ميشيل تكتُّل في صدرها استمر مدة سبع سنوات، يكبر حينًا ويتقلَّص حينًا، لكنه لم يسبب لها أو لأطبائها قط أي قلق. تقول الفانكوفرية البالغة من العمر تسعة وثلاثين عامًا: «ثم فجأة صار التكتُّل صلبًا جدًّا وساخنًا وبدأ ينمو بشكل متزايد كل ليلة تقريبًا». تبيَّن من الخزعة[1] أن الورم خبيث، وميشيل موقنة بأنها تعرف السبب: الضغط النفسي. تقول: «لم يتحوَّر التكتل إلا بعد أن انقلبت حياتي رأسًا على عقب. تركتُ وظيفتي دون أن يكون لي مصدر دخل آخر أعتمد عليه... وكانت حالتي العاطفية مزرية في ذلك الحين. انقضَّت عليَّ العديد من الأمور دفعة واحدة، ولم تكن جميعها مشكلات مالية».

خضعت ميشيل لعملية استئصال للورم، وارتاحت عندما علمت أن غددها الليمفاوية نجت من السرطان. بعد الجراحة خضعت للعلاج الكيميائي والإشعاعي، لكن لم يسألها ولو طبيب واحد عن الضغوطات النفسية التي ربما عانتها قبل ظهور الورم الخبيث، أو عن المشكلات التي كانت عالقة دون حل في حياتها.

---

(1) الخزعة هو اختبار طبي يتضمن أخذ عينة من خلايا أو أنسجة معينة بالجسم لفحصها. (المترجمة).

كثيرًا ما يذكر مرضى سرطان الثدي أن أطباءهم لا يُبدون اهتمامًا نشطًا بهم كأفراد، ولا بالإطار الاجتماعي والعاطفي الذي يعيشون فيه. ذلك بافتراض أن هذه العوامل ليس لها دور مهم في نشأة المرض أو علاجه. وتدعم البحوث النفسية ضيقة الأفق هذا التوجه.

تناول مقال في «المجلة الطبية البريطانية» دراسة امتدت خمس سنوات لأكثر من مئتي امرأة مصابة بسرطان الثدي، لتحديد ما إذا كانت عودة السرطان مرتبطة بأحداث الحياة القاسية، مثل الطلاق أو وفاة أحد الأحبة. وخلص الباحثون إلى أن «لا داعي لخوف مريضات سرطان الثدي من أن تتسبب التجارب الضاغطة في التعجيل من عودة مرضهن». وعلَّقت د. دونا ستيوارت، الأستاذة بجامعة تورنتو ورئيسة قضايا المرأة في شبكة الصحة الجامعية بأن نتائج الدراسة «كانت منطقية».

كانت د. ستيوارت الباحثة الرئيسة في دراسة نُشرت عام 2001 بمجلة «علم الأورام النفسي». وفي تلك الدراسة، سُئل ما يقرب من أربعمئة امرأة أُصِبن بسرطان الثدي عما يعتقدن أنه السبب في ظهور الورم الخبيث لديهن. ذكرت 42 بالمئة منهن أن السبب هو الضغط النفسي، وهي نسبة أعلى بكثير مما ذُكر في عوامل أخرى مثل النظام الغذائي والبيئة والجينات وأسلوب الحياة. تقول د. ستيوارت: «أظن أن ذلك يعكس ما يحدث في المجتمع بشكل عام. فالناس يعتقدون أن الضغط النفسي هو السبب في كل شيء. لكن الأدلة التي تشير إلى الضغط النفسي قليلة جدًّا. والأدلة التي تشير إلى الهرمونات والجينات كثيرة جدًّا».

ومع ذلك، فإن ميشيل والعديد من النساء الأخريات اللائي يشتبهن في وجود علاقة قوية بين الضغط النفسي وسرطان الثدي لديهن وجهة نظر علمية وسريرية في صفهن. فلم يخضع أي نوع آخر من السرطان لتلك الدراسة الدقيقة للكشف عن الروابط البيولوجية المحتمَلة بين المؤثرات النفسية وظهور المرض. وهناك صرح قوي من الأدلة المستنبَطة من دراسات أُجريت على الحيوانات ومن تجارب البشر يدعم التصور الموجود لدى مرضى السرطان بأن الضغط العاطفي هو أحد المسببات الرئيسة المساهمة في سرطانات الثدي.

على عكس تصريحات باحثي تورنتو، فإن «الدلائل التي تشير إلى الجينات» ليست كثيرة. أقية صغيرة فقط من النساء لديهن استعداد وراثي للإصابة بسرطان الثدي، وأقلية صغيرة فقط من المصابات بسرطان الثدي –نحو 7 بالمئة منهن– يصَبن بالمرض لأسباب وراثية. وحتى بالنسبة إلى من يعاني استعدادًا وراثيًا، فلا بد أن تلعب العوامل البيئية دورًا، لأنه من المستبعَد أن يصاب بورم خبيث كل من يملك أحد الجينات الثلاثة المعروفة بارتباطها بسرطان الثدي. في الغالبية العظمى من النساء والرجال الذين شُخِّصوا بسرطان الثدي، لا تساهم الوراثة بشكل يُذكر.

إن الفصل بين الهرمونات والعواطف أمر منافٍ للطبيعة. صحيح أن الهرمونات هي محفزات أو كوابح نشطة للأورام الخبيثة، ولكن ليس صحيحًا أن نشاطها غير مرتبط بالضغط النفسي. في الواقع، إحدى الطرق الرئيسة التي تساهم بها العواطف في الإصابة بالسرطان هي من خلال تأثير الهرمونات. بعض الهرمونات –الأستروجين، على سبيل المثال– تحفز نمو الورم. وبعضها الآخر يعزز نمو السرطان من خلال إضعاف قدرة الجهاز المناعي على تدمير الخلايا الخبيثة.

إن إنتاج الهرمونات يتأثر بشدة بالضغط النفسي. لطالما عرفتْ النساء أن الضغط النفسي يؤثر في وظائف المبيض وفي دورتهن الشهرية، بل إن الضغط النفسي الشديد قد يمنع نزول الحيض.

يرتبط النظام الهرموني في الجسم ارتباطًا وثيقًا بمراكز الدماغ التي تختبر العواطف وتترجمها. ويرتبط النظام الهرموني ومراكز العاطفة بدورهما بالمناعة والجهاز العصبي. هذه ليست أربعة أنظمة منفصلة، بل نظام فائق وحيد يعمل كوحدة لحماية الجسم من الغزو الخارجي ومن اضطراب الحالة الفسيولوجية الداخلية. من المستحيل لأي مسبب من مسببات الضغط النفسي، حادًّا كان أو مزمنًا، أن يؤثر في جزء واحد فقط من النظام الفائق. فما يحدث للجزء لا بد أن يؤثر في الكل. وسوف نتناول في الفصل السابع طريقة عمل هذا النظام الفائق من كثب.

كذلك فإن العواطف تجري تعديلات مباشرة في جهاز المناعة. وجدت الدراسات التي أُجريت في المعهد الوطني للسرطان بالولايات المتحدة أن

الخلايا القاتلة الطبيعية (NK)، وهي فئة مهمة من الخلايا المناعية التي تعرَّفنا عليها سابقًا، تكون أكثر نشاطًا في مرضى سرطان الثدي القادرين على التعبير عن الغضب واتخاذ مواقف دفاعية، والذين يتمتعون بمزيد من الدعم الاجتماعي. تشن الخلايا القاتلة الطبيعية هجومًا على الخلايا الخبيثة وهي قادرة على تدميرها. كان انتشار سرطان الثدي لدى هؤلاء النساء أقل بشكل ملحوظ، مقارنةً بأولئك اللائي أظهرن مواقف أقل حزمًا، أو حظين بعدد أقل من العلاقات الاجتماعية المُثرية. وجد الباحثون أن العوامل العاطفية والمشاركة الاجتماعية كانا أهم للنجاة من شدة المرض نفسها.

تعجز العديد من الدراسات، مثل تلك التي ورد ذكرها في مقال المجلة الطبية البريطانية، عن إدراك أن الضغط النفسي لا يقتصر على المسبب الخارجي، وإنما يعتمد أيضًا على استجابة الفرد. ويحدث في حياة أناس حقيقيين تختلف طباعهم الفطرية وماضيهم وأنماطهم العاطفية ومواردهم الجسدية والنفسية وما يتمتعون به من دعم اجتماعي واقتصادي. كما أشرنا في الفصل الثالث، فإن مسببات الضغط لا تخضع لمعيار معين.

في معظم حالات سرطان الثدي تكون الضغوطات خفية ومزمنة. تنبع من تجارب الطفولة والبرمجة العاطفية المبكرة وأساليب التكيف النفسي غير الواعية. وتتراكم على مر الحياة لتجعل المرء عُرضة للإصابة بالمرض.

***

نشأت ميشيل في منزل كان كلا الوالدين فيه مدمنًا للكحول. وصارت الآن موقنة بأن مرضها الخبيث مرتبط بالتجارب المبكرة التي شكَّلت الطريقة التي واجهت بها الحياة. لقد حاولت التكيف بطرق فاقمت دون وعي عبء الضغط النفسي الذي تحتَّم عليها حمله لسنوات عديدة، مثل الاهتمام باحتياجات الآخرين العاطفية بدلًا من احتياجاتها هي. تقول: «كنت مشوَّشة طوال حياتي، وأعتقد أن السرطان الذي عانيته كان له علاقة بالتشوُّش... بقدر إيماني وعلمي بأن أبويَّ أحبانا بأفضل طريقة عرفاها، فإن علاقتهما بنا والبيئة الأسرية التي أنشآها كانت الأشد تشوشًا، لأنهما كانا سكيرَين، وما زالا كذلك. إنهما عاجزان عن منح الحب على الرغم من وجوده بداخلهما».

كانت البحوث تشير على مدى عقود إلى أن النساء يكنَّ أكثر عُرضة للإصابة بسرطان الثدي إذا كانت طفولتهن تتسم بالانفصال العاطفي عن الأبوين أو غيره من اضطرابات التربية الأخرى، وإذا كن يملن إلى قمع العواطف، لا سيما الغضب، وإذا عانين نقصًا في العلاقات الاجتماعية المثرية في مرحلة البلوغ، وإذا كن من النوع الإيثاري، المهووس بالاعتناء بالآخرين. في إحدى الدراسات، أجرى علماء النفس مقابلات مع مريضات أُدخلن المستشفى لإجراء خزعة الثدي، دون أن يطَّلعوا على نتيجة الفحص. استطاع الباحثون توقع وجود السرطان فيما يقرب من 94 بالمئة من الحالات بناءً على هذه العوامل النفسية وحدها. وفي دراسة ألمانية مماثلة، قورنت أربعون امرأة مصابة بسرطان الثدي مع أربعين امرأة سليمة مماثلة في العمر والتاريخ الصحي العام والاعتبارات المتعلقة بأسلوب الحياة. ومرة أخرى على أسس نفسية نجح الباحثون بنسبة 96 بالمئة في تحديد من منهن شُخِّصت بسرطان الثدي ومن لا.

***

شعرَ ملفين كرو[1] بالحرج في البداية حين علم بتشخيص إصابته بسرطان الثدي، لكنه قرر أن «لا جدوى من الاستلقاء فحسب وترك المرض يلتهمك». والآن بعد عدة سنوات من استئصال الثدي والعلاج الكيميائي والإشعاعي، أصبح يمزح بشأن الموضوع. يقول: «على الأقل إن سقطتُ، لن يسقط هذا الجزء معي، أترى ما أعني؟».

شُخصتْ حالة كرو البالغ من العمر واحد وخمسين عامًا في عام 1994، مباشرةً بعد مروره بفترة ضغط نفسي شديد في حياته، تضمنت صِدام مع القانون بسبب واقعة صيد مخالف، وإحراج على الملأ، وإهانة في مقر العمل، وضغط غير مبرَّر من مديره. كان على متن قارب مع عشرة رجال آخرين واصطاد ثلاث سمكات. عندما داهم ضباط مصائد الأسماك منزله، أدلى إليهم بشهادته.

---

(1) أعلن السيد كرو بالفعل عن خبر إصابته بسرطان الثدي. لذلك على عكس النساء اللواتي التقيتهن، لم يكن بحاجة إلى حجب هُويته. (المؤلف).

«تحمَّلتُ أنا وشابان آخران العقوبة كلها، وأنكر بقية الزملاء ما حدث. شق على عائلتي أن يروا اسمي ملطَّخًا في الصحف والجرائد -ضبط موظفي خفر السواحل بتُهمة الصيد غير القانوني- وما إلى ذلك. وبعدها، عندما عدت بالفعل للعمل على إحدى سفن خفر السواحل، انهالت مضايقات أفراد الطاقم ونكاتهم... أخبرني جميع زملائي في العمل بأنه كان حريًّا بي أن أنكر الأمر».

تسبب هذا التوتر في مزيد من الضغط النفسي لملفين، الذي وصف نفسه بأنه طالما كان معتزًّا بيقظة ضميره. قال: «أتعرف؟ أخبرني بعض زملائي في العمل بأني آخذ وظيفتي بجدية شديدة. يرون أني لا أنال كفايتي من الراحة».

سألته: «هل شعرت يومًا أنك تنجز عملًا كان ينبغي لآخرين إنجازه؟».

- نعم، أقوم بأكثر من حصتي. لعلها طبيعتي ليس إلا. ثم لا أحد يحب أن ينظر إليه الآخرون على أنه متكاسل، أتفهمني؟

- إذا لم يقم الآخرون كلٌّ بحصته، فثمة حلان. الأول هو أن نقوم بها نيابةً عنهم. والآخر هو أن نغضب بشأن ذلك.

- إذا غضبتَ فأنت بذلك تصب الزيت على النار. لديك عُمال متفانون وعُمال يفعلون ما يحلو لهم ببساطة. لقد شعرتُ بالغضب فعلًا في بعض الأحيان. وأقول لك إذا عبَّرتَ عنه فلن تجلب على نفسك إلا مزيدًا من المشكلات مع العمالة.

ثم أصبح مصدر ضميره اليقظ واضحًا عندما سألته عن طفولته: «هل كان هناك الكثير من المودة في منزلك؟».

- نعم. كان أبي فخورًا بي وبشقيقتي وبإنجازاتنا في الحياة. شقيقتي معلمة. وأبي كان مهندسًا، وسرتُ أنا بالطبع على خطاه. حصلت على رخصة الهندسة، وكان أبي فخورًا حقًّا بكوني مهندس طيران.

- لا علاقة للدفء والمودة بالإنجازات: يُفترض بهما أن يكونا حاضرَين بغض النظر عن الإنجازات، لمجرد الاتصال العاطفي بين الأبوين وطفلهما. لكن إجابتك كانت متعلقة بالإنجازات. أتساءل عن سبب ذلك؟

- حسنًا، لطالما كان أبي فخورًا بنا.

- ماذا عن والدتك؟ ما نوع المودة التي تلقيتَها من أمك؟

- لم تكن تبالغ في إظهار الود. لقد أحببنا أبوينا، وأشعر أنهما أحسنا تربيتنا بكل تأكيد. كان بيتًا طيبًا.

***

لا تتعدى نسبة الذكور بين مرضى سرطان الثدي 1 بالمئة. بيد أن ماضيهم العاطفي يشبه ماضي النساء المصابات بالمرض نفسه. أصيب ديفيد ياندل، ضابط الشرطة بمدينة تورنتو، بأربعة سرطانات في أوقات مختلفة: مرة في إحدى كليتيه ومرة في ثديه ومرتين في مثانته. وقد طغى انعدام الدفء على نشأته هو الآخر. وُلد ديفيد عام 1936 وكان في الثالثة من عمره عندما دارت رحى الحرب العالمية الثانية. ووُلدت أخته عام 1940.

قال: «كان والدي يعمل في أحد المستودعات، بينما عملت أمي في شركة كادبوري للشوكولاتة... كبرتُ في أثناء الحرب ولم أرَ والديَّ كثيرًا. كانت أمي تقضي النهار بأكمله بالخارج، لذا اعتدتُ أنا وأختي الاعتناء بأنفسنا حتى عودتها إلى المنزل».

- لعلك تقصد أنك أنتَ من اعتدت الاعتناء بأختك وأنت بعدُ صبي صغير جدًّا.

- نعم.

يصف ديفيد زواج والديه بأنه زواج تعِس. قال: «لم يكونا زوجين مُحبين. انشغل أبي باهتماماته وأمي باهتماماتها. كان أبي يخرج في معظم الأمسيات ليلعب البلياردو مع أصدقائه. ولم أكنَّ الكثير من الاحترام لأمي. كانت تتوقع مني دائمًا أن أعطي أكثر مما أستطيع. لم أكن طالبًا ذكيًّا على ما أظن. ولطالما رأت أمي نفسها أفضل بكثير مما هي عليه. كانت من الطبقة العاملة، أسرتنا بأكملها كانت كذلك، لكنها دائمًا ما أعطت انطباعًا للناس بأننا أفضل مما نحن عليه. لذا كان عليك أن تتصرف وفق معاييرها».

- مع من كنت تتحدث في طفولتك عندما تشعر بالاستياء أو بأن لا أحد يفهمك أو عندما تعتمل بداخلك العواطف؟

- كان عليك أن تحتفظ بمشاعرك لنفسك في الواقع. لم يكن أبي قط حاضرًا لأتحدث معه، ولم أكن قطعًا لأناقش أمرًا كهذا مع أمي، لأن ردها المفضل كان «رباه، أنت تتصرف بسخافة». لم أظهِر غضبي قط مع والدَي. كان شيئًا محظورًا ببساطة. وقد احتفظتُ بالكثير من الغضب داخلي.

كان «القمع الشديد للغضب» أكثر السمات المحددة شيوعًا بين مرضى سرطان الثدي في دراسة بريطانية أُجريت عام 1974. درس الباحثون سلسلة متتالية من 160 امرأة أُدخلن إلى المستشفى لإجراء خزعة الثدي. خضعت جميع النساء قيد الدراسة لمقابلة نفسية مفصَّلة واستبيان ذاتي. ومن باب التأكد، أُجريت مقابلات جانبية أيضًا مع الأزواج أو أفراد الأسرة الآخرين. ونظرًا إلى أن الاختبار النفسي حدث قبل الخزعة، لم يكن لدى النساء ولا المحاورين معرفة مسبقة بالتشخيص النهائي. «كان اكتشافنا الرئيس هو وجود رابط ملحوظ بين سرطان الثدي ونمط سلوكي استمر طوال حياتهن كبالغات، وهو التعامل المختل مع العواطف. وظهر هذا الاختلال في معظم الحالات في صورة قمع شديد للغضب، وفي المريضات فوق سن الأربعين، كان قمعًا شديدًا لمشاعر أخرى».

خلص أحد تقييمات التحليل النفسي عام 1952 للنساء المصابات بسرطان الثدي إلى استنتاجات مشابهة. وقيل فيه إن هؤلاء النساء أظهرن «عدم قدرة على التفريغ أو التعامل بشكل سليم مع الغضب أو العدوانية أو العداوة (وهي المشاعر التي توارت بدورها خلف قناع من الطيبة)». أحس الباحثون أن الصراعات العالقة دون حل لدى المريضات «كانت تُترجم إلى إنكار وسلوكيات فدائية غير واقعية».

أما البحث الذي أجرته د. ساندرا ليفي وزملاؤها في «المعهد الوطني للسرطان بالولايات المتحدة» حول العلاقة بين الخلايا القاتلة الطبيعية وأنماط التكيف العاطفي في سرطان الثدي، فقد توصل إلى أن «قمع الغضب وأسلوب الاستجابة السلبي الرواقي[1] يبدوان مرتبطين بسلسلة من المخاطر البيولوجية».

---

(1) الرواقية هي مذهب فلسفي يقول إن الطريق إلى السعادة يبدأ بتقبل الحاضر وكبح النفس من الانقياد وراء اللذة أو خشية الألم. (المترجمة).

يزيد قمع الغضب من خطر الإصابة بالسرطان لسبب منطقي للغاية، وهو أنه يفاقم الضغط النفسي. إن لم يستطع الناس تمييز التطفل، أو عجزوا عن توكيد أنفسهم حتى عندما يرون الانتهاك، من المرجَّح أن يعانوا بصورة متكررة من الضرر الناجم عن الضغط النفسي. ذلك لأن الضغط النفسي، كما قلنا في الفصل الثالث، هو استجابة فسيولوجية لخطر متصوَّر جسدي أو نفسي، ولا يُشترط أن يكون الفرد واعيًا بهذا التصور.

***

«من الواضح أنِّي أعاني بسبب السؤال الذي يراود كل مريض سرطان أعرفه: ماذا فعلت لأستحق هذا؟ لماذا أنا؟ هل ارتكبت خطأ ما؟ راجعت شريط حياتي مرارًا. لم أكن الشخص الذي يفترض أن يصيبه السرطان. أرضعت أطفالي رضاعة طبيعية حتى أتموا واحدًا وعشرين شهرًا. لم أدخن إلا قليلًا في شبابي. لم أفرط في شرب الخمور. مارست الرياضة. انتبهت لكمية الدهون في نظامي الغذائي. لم يكن يُفترض أن يحدث لي هذا». المتحدثة هي آنا، أم لثلاثة أطفال، وكانت في منتصف الأربعينيات من عمرها عندما اكتشفت النتوء المثير للريبة قبل ثماني سنوات. تمتلك آنا أحد جينات سرطان الثدي.

حتى في الأقلية الصغيرة من الحالات حيث يكون عامل الاستعداد الوراثي واضحًا، لا يمكن للوراثة وحدها أن تفسر من يصاب بسرطان الثدي ومن لا. أظهر اختبار الحمض النووي أن آنا ورثت جين سرطان الثدي من أبيها. لم يُصب بسرطان الثدي أيٌّ من أقربائها الآخرين الأكبر سنًّا ممن يملكون الجين نفسه. وآنا مقتنعة بأن الضغط النفسي كان له دور فعال في تطور السرطان لديها. كان زوجها الأول، رجل الأعمال، يسيء معاملتها عاطفيًّا طيلة فترة زواجهما. وفي الوقت الذي شارفتْ فيه العلاقة على نهايتها كانت أيضًا تتعرض للإيذاء الجسدي.

قالت: «إذا سألتَني عن سبب إصابتي بالسرطان، سأخبرك أن السبب هو أنني سمحت لنفسي بأن أتحطم تمامًا في تلك الزيجة. كنت على شفير الانتحار لمرات أكثر مما تتوقع... كان ينقصني قدر كبير من احترام الذات.

هل صرت جيدة بما فيه الكفاية الآن؟ هل صار بإمكانك أن تحبني الآن؟ لقد تزوجتُ بأمي. كان بالضبط مثل أمي. لم أكن قط جيدة بما فيه الكفاية. عندما أنظر إلى الماضي أفكِّر، كيف استطعت البقاء في مثل هذا الزواج؟ بكيتُ ذلك كثيرًا عند طبيبي النفسي. كيف استطعت أن أفعل ذلك بروحي؟ لأن روحي هي ما آذيت. لقد آذيت جوهر نفسي. وأعتقد أنني آذيت جسدي أيضًا. أخيرًا شعرتُ بأنه لم يبقَ مني سوى جزء ضئيل جدًّا في عالمي. كنت أتناول ثمانية عقاقير يوميًّا لعلاج الاكتئاب والقلق والأرق والأوجاع والآلام ومشكلات الأمعاء. كنت أمام خيارين، إما الموت وإما الرحيل. وعند تلك النقطة نشطت غريزة حب البقاء لديَّ وغادرتُ».

تعاني آنا من نمط «السلوكيات الفدائية غير الواقعية» الذي لوحظ في دراسة التحليل النفسي عام 1952 لمرضى سرطان الثدي. كانت الوحيدة من بين أشقائها الأربعة التي تولت مسؤولية رعاية والدها، والذي صار الآن في الثمانينيات من عمره.

قالت: «إنه يشد أوتار قلبي. يعتريني شعور مريع عندما تداهمه مشكلة ما. يتملَّكني شعور فظيع عندما يهاتفني ويقول «أشعر بوحدة شديدة، ليس لدي مكان أذهب إليه ولا شيء أفعله اليوم». تقول أختي، التي أعدُّها نذلة لا مروءة لها: «اسمعي، تلك مشكلته، كان لديه مليون فرصة وخيار». مررتُ بمشهد هستيري معه منذ عام ونصف، عندما طلبت منه البقاء في دار رعاية لمدة شهر واحد. كان محتجَزًا بالمستشفى وظللت بصحبته هناك طوال أيام، أجلس هناك لساعات وساعات. خرج من المستشفى وشعرت بأنني أنهار عصبيًّا من فرط اعتنائي به. أخرجت بطاقة السرطان –البطاقة الكبرى– وقلت: «أبي، اسمعني (أمام الاختصاصيين الاجتماعيين وجميع من بالدار) لقد أصبتُ بالسرطان وعليَّ أن أعتني بنفسي. لا يسعني الاعتناء بك هكذا. أرجوك (كنت أبكي عند هذه النقطة فقد كنتُ بكَّاءة الأسرة)، أرجوك، ابقَ هنا لشهر واحد». قال: «لا، لمَ عساي أفعل ذلك؟ لا أريد». بدأت الاختصاصية الاجتماعية ومشرف برنامج الرعاية يحدِّثانه قائلين: «سيد و.، لا أحد يحب البقاء في دار مسنين. هل يمكنك أن تفعل ذلك من أجل ابنتك؟ انظر إلى ابنتك، إنها تبكي وتمر حقًّا بوقتٍ عصيب. تحتاج إلى قضاء بعض الوقت مع

زوجها؛ تحتاج إلى استراحة». قال: «لا، لن أفعل. لمَ عساي أفعل؟». عندما أجريتُ عملية استئصال الثديين، طلبتُ من شقيقي وشقيقاتي أن يعتنوا بأبي لفترة من الوقت. قلت لهم: «لن تتمكن من دعوته على العشاء لبضعة أشهر. أحتاج إلى التعافي». ولم تمر عشرة أيام حتى جاء إلى هنا لتناول العشاء لأنه لم يجد أحدًا آخر ليعتني به. ولا أحد لاحظ حتى».

قلت لها: «الدور الذي تكفلتِ به تجاه والدك هو دور أمومي. وهذا يفسر أيضًا سبب معاملته إياكِ كأمر مسلم به. يُنظر إلى الأم على أنها من المسلمات. الأم مثل العالم، يفترض بها ببساطة أن تكون حاضرة وأن تقدِّم الدعم».

- بالضبط. أخي يفعل الشيء نفسه، إنني أم لأخي أيضًا. كلما هاتفني يقول أطفالي: «لا بد أن الخال دون يواجه مشكلة لأنه يتصل مجددًا». إنه يعاني الاكتئاب، ويخوض علاقات لن تصدِّق عددها. يبقى هنا ليلًا ونهارًا عندما تكون لديه مشكلة. ثم تمر أشهر لا يرد فيها على مكالمة واحدة مني. لا يكلف نفسه عناء الرد حتى.

زارني مرة واحدة طيلة الفترة التي خضعتُ فيها لجلسات العلاج الكيميائي. ثم جلستُ معه بعد نحو عام ونصف من تشخيصي وانتهاء العلاج الكيميائي. كانت تلك تجربتي الأولى مع محاولة قول ما أحتاج إليه بوضوح شديد. قلتُ: «أحتاج منك إلى شيء يا دون. عندما أذهب إلى معهد السرطان لإجراء فحوصات، أحتاج منك أن تسألني عن النتيجة. هذا مهم حقًا بالنسبة إليَّ. أحتاج منك أن تسألني عما حدث عندما ذهبتُ». أرخى ظهره إلى الوراء وقال: «أنا أيضًا بحاجة إلى شيء منك». ومضى يتحدث في موضوع طويل عن علاقته بفتاة تريد الانفصال عنه. جلست هناك أفكر في أنه لم يفهم حرفًا مما قلت. لذا أنت محق، في مرحلة ما أدركت أنني الأم.

شعرت آنا بتخلِّي أمها عنها مرارًا، التي كانت تفضِّل شقيقتها الكبرى.

تقول: «لم يكن لدي أم. لقد هجرتنا أمي، ولم تحبني بالأساس، لذلك لم أستطع تحمل فقدان أبي كذلك. الأطفال أذكياء بما يكفي لفهم أنهم يحتاجون إلى أحد الأبوين. وقد أحبني والدي بطريقة خاطئة». لاحظتْ آنا منذ فترة المراهقة أن أباها يرمقها بنظرات جنسية سافرة، وبالأخص إلى ثدييها.

قالت: «كنت أستشعر منه شيئًا، وهو الشيء الذي قضيت أغلب حياتي أحاول إنكاره حتى خضعتُ لبعض جلسات العلاج النفسي. لم يفعل شيئًا على حد علمي، لكنه أراد ذلك. كان ينظر... ثمة شهوانية يمكن لفتاة لا تتعدى الأحد عشر أو الاثني عشر عامًا أن... إنني شديدة الحساسية تجاه أي شيء يأتي من الرجال. أي شيء. ولكن أن تسمح فتاة شابة لنفسها بالاعتقاد بأن والدها يشعر هكذا، كان ذلك صعبًا حقًّا. أعني... يا إلهي الرحيم، قد يختلق المرء مليون عذر وعذر ليقنع نفسه بأن تلك الأفكار غير حقيقية. ولكن أختي... لم يحدث قط أن ظهرت بقميص قصير الأكمام وأبي بالجوار.

لعل والدي هو الشخص الوحيد الذي لا يعلم بأني أزلت كلا ثديَي، لأني لم أخبره قط. ولا أظن أن أحدًا غيري سيفعل. لكنه يعرف أنني خضعت لعملية جراحية مرتبطة بالسرطان. ذات مرة سأل ستيف (زوج آنا الثاني): «هل لهذه العملية علاقة بالثدي؟» أجابه ستيف: «نعم، إنها متابعة للمرة السابقة». لم يقل لي أبي أي شيء. كان يعاملني بعدم اكتراث وبُغض شديدين طوال فترة العلاج الكيميائي. كان يدخل من الباب الأمامي ويقول: «اذهبي وضعي شعرك المستعار. لا تبدين جميلة». فأرد عليه قائلة: «أتدري ماذا؟ أنا حقًّا... حقًّا متعَبة، وقد تدحرجتُ لتوي من الفراش لفتح هذا الباب». غير أني لم أقُلها بهذا الهدوء، كانت تعتريني حالة هستيرية.

كنت أقله إلى منزله مؤخرًا، وقال: «عليَّ أن أتحدث معك في أمر ما. أعلم أنكِ لست الشخص الذي ينبغي لي إخباره بذلك، ولكن ليس لدي أحد آخر». ثم راح يتحدث في هذا الموضوع –إنه في الثانية والثمانين من عمره– عن حبيبته التي لا تريد ممارسة الجنس معه. «الرجل له احتياجاته». ذلك شيء علَّمني إياه في وقت مبكر. لا يحق للزوجة أبدًا –هكذا قال لي صراحةً– أن تقول لا لزوجها عندما يريد ممارسة الجنس، لأنها إن فعلت، فله الحق أن يحصل عليه من مكان آخر. إتاحة الجنس واجب عليكِ. كان جالسًا هنالك يخبرني بأنه يريد ممارسة الجنس وأن حبيبته ترفض وأن لديه احتياجات وما الذي يفترض به أن يفعل. وجلست بجانبه أفكر: يا له من سلوك شائن! لا ينبغي أن تتحدث مع ابنتك في هذا الأمر».

- معذرةً، كان بوسعك أيضا أن تقولي «لا أريد سماع هذا يا أبي».

- لكن عندها سيشعر بالحرج. سيشعر بالخزي ويظن أنه ارتكب خطأ ما. من واجبي ألا أدعه يشعر بالخزي. ما الحد الذي يسعني عنده قول «لا أريد ذلك». إنها كلمات غريبة بالنسبة إليَّ، مهما كان الموقف. أكذب على الناس، لا أرد على الهاتف، أقول «سأنتقل للعيش في التبت لذا لن أستطيع المشاركة في ذلك»، أفعل أي شيء سوى أن أقول «لا أريد ذلك». وعندما لا يتبادر إلى الذهن كذبة، أتحمَّل ما ألاقيه فحسب.

لقد غفل العديد من الباحثين لسنوات عديدة عن العلاقة المباشرة بين تجارب الطفولة والضغط النفسي لدى البالغين، حتى إن المرء ليتساءل إن كانت هذه الغفلة متعمَّدة. ربما لم يتعرض البالغون الذين شهدوا طفولة مضطربة لخسائر أكبر من غيرهم، لكن تربيتهم أعاقت قدرتهم على التكيف. لا ينشأ الضغط النفسي في الفراغ. إن الحدث الخارجي نفسه له تأثير فسيولوجي متفاوت إلى حد كبير، اعتمادًا على من يعانيه. وفاة أحد أفراد الأسرة قد تلقى استجابة مختلفة بشكل ملحوظ من شخص متزن عاطفيًا ويحظى بعلاقة داعمة مقارنةً بشخص وحيد أو شخص -مثل آنا قبل خضوعها للعلاج النفسي- مُبتلى بشعور مزمن بالذنب بسبب ما بُرمج عليه في الطفولة.

***

هناك امرأة من المستبعَد أن يُعرف سجل طفولتها الحقيقي من الاستبيانات الذاتية التي يخضع لها مرضى سرطان الثدي، وهي السيدة الأولى السابقة للولايات المتحدة بيتي فورد. كتبت السيدة فورد بشجاعة في سيرتها الذاتية «أيام حياتي» عن إدمانها للكحول وكفاحها من أجل التعافي بعد تدخل أسري قام به زوجها وأطفالها وآخرون. وتحدثتْ بصراحة مماثلة عن تشخيصها بسرطان الثدي وتعافيها منه، ولكن -كما يبدو مما نُشر عنها- عندما يتعلق الأمر بطفولتها، فإنها كانت لا تزال ترى الحياة بلون وردي. إنها نموذج للشخص الذي يقمع مشاعره من أجل الحفاظ على علاقة مثالية مع أبويه.

كانت بيتي فورد محرومة عاطفيًا في علاقتها بزوجها، الذي كان سياسيًا خلوقًا، لكن طموحه ومسيرته المهنية استحوذا على حياة زوجته.

تقول: «ربما كنت أشجِّع زوجي على الشرب. كان رجلًا متحفظًا لدرجة كان يصعب عليه أن يخبرني بأنه يحبني. حينما عرض عليَّ الزواج، قال: «يسرني أن أتزوجك»».

لسنوات عديدة عانت فورد آلامًا أسفل الظهر يمكن عزوها بسهولة إلى الضغط النفسي، والتي شُخِّصت على أنها «هشاشة عظام» وعولجت بالمسكنات والمهدئات. كانت أيضًا تسرف في شرب الكحول لتهدئة ألمها الجسدي والعاطفي. تصف فورد نفسها بأنها كانت متخمة بالشك الذاتي وعاجزة عن توكيد نفسها:

«كنت مقتنعة أنه كلما زادت أهمية جيري، قلت أهميتي. وكلما سمحت لنفسي بأن أصبح ممسحة للأرجل –فقد أدركت أني ممسحة أرجل بالنسبة إلى الأولاد– غمرتني مشاعر الشفقة على الذات. ألم أكن يومًا إنسانة لها كيان في هذا العالم؟ أظن أنني لم أصدق حقًّا في أعماقي أني شخص مهم. لم تنجح مسيرتي المهنية مع مارثا جراهام –ملكتُ موهبة الرقص، لكني لم أكن راقصة بارعة– وكانت ثقتي بنفسي مهزوزة على الدوام. لم أستطع تقبل أن الناس أحبوني لنفسي. وكنت أخجل من عدم حصولي على شهادة جامعية...

لم أكمل تعليمي. لم أنجح كراقصة باليه. ولم أكن نصف ما كانت عليه أمي. كنت أقارن نفسي بنماذج مستحيلة –مارثا أو والدتي– وأعـود بخيبات الأمل. تلك وصفة جيدة لإدمان الخمور.

كانت أمي امرأة رائعة، قوية ولطيفة وذات مبادئ، لم تخذلني قط. كانت أيضًا إحدى السعاة إلى الكمال، وحاولتْ أن تغرس فينا نحن الأطفال حب الكمال. لم تأتِ أمي إلينا بمشكلاتها قط، كانت تحملها وحدها ببساطة. وكانت مَثَلي الأعلى، لذلك عندما عجزتُ عن حمل مشكلاتي وحدي، فقدتُ

احترامي لذاتي. مهما حاولت، لم أستطع تلبية توقعاتي الخاصة».

تبدو السيدة الأولى غافلة عما أباحت به هنا، عن الطريقة التي عاشت بها طفولتها، عن علاقتها بأمها، وبأبيها دون شك، والذي لم تقل عنه إلا أقل القليل، وكيف شكَّلت هذه العلاقة شخصيتها وأسلوبها في التكيف. لا تدرك أن تسليم نفسها لاحتياجات زوجها وتوقعاته -وكونها «ممسحة أرجل»- هو نتاج لبرمجة الطفولة. إن القمع العاطفي، والحكم القاسي على الذات، والسعي إلى الكمال الذي اكتسبتْه بيتي وهي طفلة بغير ذنب جنته، هو أكثر من مجرد «وصفة جيدة لإدمان الخمور». إنه أيضًا «وصفة جيدة» لسرطان الثدي.

6

أنتِ أيضًا جزء من هذا يا أمي

كتبت بيتي كراوزيك في الجزء الثاني من مذكراتها «اعتقِلني أو أطلِق سراحي» عن وفاة ابنتها، باربرا إلين، في السابعة والعشرين من عمرها بسبب سرطان الثدي:

آخر مرة داهمني فيها الصداع النصفي كانت في وحدة الرعاية التلطيفية، منذ ما يقرب من ثلاث سنوات، عندما أخبرني الطبيب المسؤول أن عليَّ أن أخبر باربرا إلين بأنه لا مانع لديَّ إن هي أرادت أن تموت.

قال برفق: «إنها تريد إذنك في الموت».

كنا في غرفة خاصة مصممة لأولئك الذين هم مثلي، أكثر البشر بؤسًا على وجه الأرض.

صحت فيه وقد صدمني وروعني الاقتراح وحده: «إلى الجحيم بتلك الفكرة! لن أعطيها إذني في الموت! لا أسمح بذلك».

انهرتُ عند تلك النقطة وبدأت أبكي بجنون. انتظر الطبيب بصبر. كان معتادًا رد الفعل هذا. كانت تلك وظيفته.

قال: «سيدة كراوزيك، أظنك تفهمين أن معاناة باربرا إلين ستتضاعف فقط من الآن فصاعدًا، ساعة بعد ساعة».

- إنها لا تعاني! لقد بدأت بالتعافي. تحدثَتْ إلى شقيقاتها وأبيها هذا الصباح، والتقت أصدقاءها بالأمس فقط، وكانت تتحدث مع طفلها الصغير وتعانقه...

- كانت تلك هدية. هدية منحتها لأحبائها. لتودِّع الجميع. أنتِ الوحيدة التي لم تودِّعها بعد. إنها تريد أن تفعل هذا الآن. تريد إذنك في الرحيل...

- أوه، أرجوك لا تفعل! من تظن نفسك؟ الرب؟ أنَّى لك أن تعرف أن هذه هي ساعة مماتها؟

ثم لجأتُ إلى التوسل: «أعطني بضعة أيام أخرى، أرجوك. أرجوك أعِد توصيلها بالمحلول الوريدي...».

- إنها لا تريده. عليكِ أن تتحلي بالقوة كي تمنحي ابنتك ما هي بحاجة إليه الآن. إنها تحتاج منك أن تساعديها، أن تسمحي لها بالرحيل، هذه هي الطريقة الوحيدة التي يمكنك بها مساعدتها الآن، أن تسمحي لها بالرحيل.

كان الصداع بشعًا لدرجة ظننتُ معها أني قد ألاقي حتفي قبل باربرا إلين. غير أن ذلك لم يحدث، بحلول المساء التالي كنتُ قد تعافيت كفاية لأخبر ابنتي بأنها إذا كانت سئمت من المرض وتريد الذهاب، فلن أحاول منعها بعد الآن. أمسكَتْ بيدي وأخبرتني أنها ستنتظرني أينما ذهبت، وتُوفيت في ذلك الصباح، بين ذراعيَّ، وشقيقتها ماريان تحتضنها أيضًا، وأبوها بجانبها كذلك.

***

كنتُ أنا طبيب الرعاية التلطيفية في ذلك المشهد. أتذكر باربرا إلين بوضوح، الفتاة المتدثرة في فراش المستشفى تحت النافذة، في أول غرفة على يمين الردهة عند دخولك الجناح من المصعد. كانت هزيلة، إذ تضاءل

حجمها ليصل إلى حجم طفل شريد بسبب سرطانها القاتل. لم تتحدث كثيرًا، وبدت حزينة. لم يكن لديَّ أي علم بماضيها، باستثناء التفاصيل الأساسية لمرضها. شُخِّصت حالتها بأنها مصابة بسرطان الثدي الالتهابي، وهو نوع يصيب الشابات وله توقعات سيئة بشكل مخيف. اختارت رفض جميع العلاجات الطبية التقليدية، وهو القرار الذي لم يكن تعسفيًّا تمامًا، بالنظر إلى تشخيصها، ولكنه غير اعتيادي أيضًا. تنطوي مثل هذه القرارات دائمًا على أكثر من الحقائق الطبية المجردة، وكان إحساسي هو أن هذه الفتاة تشعر بعزلة تامة، وأنها شعرت هكذ طوال حياتها. أردت في بعض الأحيان أن أهدهدها وأواسيها بين ذراعيَّ، كما يفعل المرء مع رضيع أو طفل صغير.

كنت قد تحدثت مع باربرا إلين بعد جولة الصباح في اليوم الذي حكت عنه بيتي في مذكراتها.

سألتني: «كم تبقَّى لي من الوقت؟».

- ليس طويلًا. كيف تشعرين إزاء ذلك؟

- لقد اكتفيت. هل تعطيني شيئًا يبقيني على قيد الحياة؟

- المحلول الوريدي فحسب. من دون السوائل ستموتين في غضون يوم أو يومين. هل تريدين منا إيقافه؟

- لن تقوى أمي على تحمل ذلك.

- يخالجني شعور أنكِ دائمًا ما تعتنين بها بطريقة ما، لذلك قد يشق عليك فعل ما تريدينه الآن. لكنك لم تعودي مضطرة إلى الاعتناء بها. ما الذي ستفعلينه إن اعتنيتِ بنفسك فحسب؟

- سأنزع المحلول الوريدي.

- أنا أحترم مشاعر والدتك. هذا أمر قاسٍ جدًّا على أي أب أو أم، ولا يسعني إلا تصور صعوبته التي لا تُحتمل. لكنك مريضتي هنا، ومسؤوليتي الأساسية هي تجاهك أنتِ. لذلك إن شئتِ، فسوف أتحدث معها.

التقيتُ بيتي كراوزيك مرة أخرى مؤخرًا للحديث عن حياة ابنتها وموتها. كنا قد تحدثنا قليلًا بعد وفاة باربرا إلين، عندما كانت بيتي حزينة تبكي ابنتها وتحاول فهم سبب موتها قبل الأوان بوقت طويل. وقد حكيتُ لها عن فهمي

للعلاقة المحتمَلة بين الضغط النفسي في الطفولة المبكرة وزيادة خطر الإصابة بالسرطان لاحقًا. بعد ذلك بفترة وجيزة، تلقيت نسخة من الجزء الأول من مذكراتها «كلايوكوت: صوت قلبي». وداخل الغلاف كُتبت هذه العبارة: «إليك كتابي. إنه يفسِّر شيئًا من علاقتي بابنتي التي توفيت بسبب سرطان الثدي في اليوم الثلاثين من شهر أبريل في وحدتك». بعد قراءتي للمذكرات، أملت أن توافق بيتي على إجراء مقابلة من أجل هذا الكتاب. وكما اتضح لاحقًا، كانت بيتي تفكِّر فيَّ بعد أن خطَّت لتوها المقطع المقتبس في بداية هذا الفصل. كانت مهتمة بمعرفة المزيد عن وجهة نظري وأملَتْ أن أساعدها في فهم بعض الأشياء التي قالتها باربرا إلين في الأشهر الستة الأخيرة من حياتها.

لم يكن الحوار الذي دار بيني وبين بيتي عاديًّا، لكن بيتي ليست بالمرأة العادية. كانت مشهورة في كولومبيا البريطانية وخارجها بسبب نشاطها في القضايا البيئية. يشير عنوان كتابها الأول إلى محمية غابات مطيرة عالمية على الساحل الغربي تُدعى «صوت كلايوكوت»، والتي وقعت تحت تهديد قطع الأشجار منذ بضع سنوات من قِبل أصحاب المصالح. في سبتمبر من عام 2001، سُجنت بيتي البالغة من العمر ثلاثة وسبعين عامًا لمدة أربعة أشهر ونصف بتهمة ازدراء القضاء، عقب احتجاج آخر على قطع الأشجار.

وعلى الرغم من أن مذكرات بيتي تدور في الغالب حول تجاربها كمناضلة بيئية، فإنها تقدم كذلك تاريخًا حيًّا وصادقًا لحياتها الشخصية. مع أربعة أزواج وثمانية أطفال، عاشت بيتي حياة زاخرة بالأحداث. والآن صارت تلعب دور الأم البديلة لابن باربرا إلين، جوليان، الذي لم يكن عمره يتعدى العامين حينما توفيت والدته.

نفَّست باربرا إلين عن تعبيرات متكررة من الغضب العميق تجاه والدتها في الأشهر الستة الأخيرة قبل وفاتها. ذلك هو الغضب الذي كانت بيتي تكافح من أجل فهمه.

وُلدت بيتي كراوزيك في جنوب لويزيانا، والتي كانت في ذلك الوقت على حد قولها «مستنقعًا كبيرًا واحدًا على الأغلب». كتبت في الجزء الأول من مذكراتها تقول: «لم أنشأ لأكون متمردة. إنما نشأت لأكون امرأة جنوبية بيضاء فقيرة وريفية».

الذاكرة شيء انتقائي للغاية، وذاتي للغاية. في تجمع أخوي منذ عدة سنوات شعرنا أنا وأخي وأختي باستغراب وذهول نوعًا ما حينما أدركنا أن كل واحد منا كان يشعر بأن أسرته تفضّل أخويه عليه. أعرف يقينًا أني شعرت بأن أبوَي يفضّلان أخوَي. ما زلت أفعل في الواقع. أخي هو أكبرنا، والصبي الوحيد، لذلك كان يحوز أغلب الاهتمام. وما تبقى كان يذهب إلى أختي لأنها كانت أصغرنا وأكثرنا رهافة. كنتُ أنا فتاة كبيرة وبصحة جيدة ويمكنني تسلية نفسي، لذا لم يلاحظني أحد بصفة خاصة. الأمر الذي ناسبني تمامًا على حد علمي.

لم تكن لتحب أن يلاحظك أبي لو كنتَ مكاني. إن فعل فأنت في ورطة. ليس كأنه قد ضرب أيًّا منا قط، لكن التهديد كان حاضرًا على الدوام. كنا هناك لنُرى لا لنُسمع، ولا نُرى إلا بأقل قدر ممكن. كانت أمي مختلفة. دافئة ومحبة. على الرغم من أني كنت أعلم دائمًا أنها تفضّل أخي وأختي، فقد كانت تفيض بالحب، حتى إن بعضًا منه انسكب عليَّ أنا الأخرى. ذات مرة بعد أن كبرتُ واجهتُ أمي بمعرفتي السرية، وآلمها ذلك وباغتها وأصرَّت أنها لئن كانت تولي مزيدًا من الاهتمام لإخوتي، فذلك لأنهم كانوا يحتاجون إليها أكثر مما فعلتُ، وأني كنت دائمًا أكثر استقلالًا من الناحية العاطفية.

***

على الرغم من هذا الاستقلال العاطفي البادي للعيان، عانت الشابة بيتي «كوابيس موحشة وتخيلات عصبية في الظلام». رحلتْ عن منزلها في وقت مبكر، وتزوجتْ «أول رجل راشد يطلب خطبتي ويثبت فعليًّا أنه قادر على الوفاء بالتزاماته المالية». بعد فترة وجيزة تركت زوجها، ولكن ليس قبل أن تنجب منه ثلاثة أطفال. «كان إلى حد ما مهووسًا بجمع أغشية البكارة السليمة. ويبدو أنه لم يستطع التوقف بعد زواجنا. لقد جمع في النهاية عددًا أكثر مما ينبغي».

تبع ذلك ثلاث زيجات وخمسة أطفال آخرون في العقدين التاليين. كان ترتيب باربرا إلين هو السابع بينهم، حيث وُلدت قُبيل انتقال بيتي للعيش في كندا عام 1966، عندما «كنت أجرُّ ورائي سبعة أطفال»، وكان زواجها الثالث على شفير الانهيار. عاشوا في مدينة كيركلاند ليك بأونتاريو. كان زوجها الثالث، أستاذًا جامعيًّا، مدمنًا لعمله وباردًا عاطفيًّا، وكان أيضًا سكيرًا.

كتبت تقول: «لم أكن أحب جون حينما يثمل. كان يميل إلى التصرف بتعالٍ واتهامية بغيضة، لذلك وجدت نفسي أتحاشى المواقف الاجتماعية نفسها التي كنت قبل ذلك أنشدها. وتفاقم اكتئابي، بدأت أنظر إلى جون وأتساءل عمن يكون حقًّا، ظننت أن أول شتاء بكيركلاند ليك لن ينتهي أبدًا وأن الربيع لن يحل، في الواقع لم يحل الربيع فعلًا، أعتقد أن الشخصين اللذين شعرا بأكبر قدر من الإحباط في ذلك الربيع الوهمي كانا أنا والطفلة باربرا إلين».

وجدتْ بيتي مخرجًا من علاقتها بزوجها عن طريق الوقوع في حب رئيس قسمه بالجامعة والعودة معه إلى كولومبيا البريطانية. وهناك نشأت باربرا إلين في الغالب، على الرغم من تنقلات الأسرة ذهابًا وإيابًا بين شرق كندا وغربها، وبين الولايات المتحدة وكندا.

باء زواج بيتي الرابع كذلك بالفشل، لكنها وجدت مع مرور السنين إحساسًا أكثر صدقًا بذاتها كإنسانة وامرأة وناشطة.

أما باربرا إلين فقد كانت طفلة حساسة تعاني مشكلات صحية. وفي سن الرابعة بدأت تعاني نوبات قيء لم يبدُ أن أحدًا استطاع تشخيصها. تكررت هذه النوبات بشكل متقطع على مر السنين، وصار الآن لدى بيتي يقين بأنها مرتبطة بالضغوطات التي واجهت ابنتها في الحياة. أصبحت باربرا في سنوات بلوغها مدمنة للمسكنات المخدرة والمهدئات التي كانت تضخها في جسدها. وظلت تكافح إدمانها للمخدِّرات حتى لحظة تشخيص إصابتها بسرطان الثدي. ولأنها لم تشهد استقرارًا قط، عجزت عن إقامة علاقة وثيقة ومستمرة مع رجل: كانت تنتقل من علاقة إلى أخرى. وُلد جوليان عندما كانت باربرا إلين في الخامسة والعشرين من عمرها، ولكن عندما تزوجتْ بعد ولادته بفترة قصيرة، لم يكن زواجها من والد طفلها. تقول بيتي: «لم يدم هذا

الزواج طويلًا. لم يكن مارتن قادرًا على التأقلم مع الزواج وتربية طفل ليس من صلبه في الوقت نفسه».

كانت باربرا ذكية وحساسة ومبدعة إلى حد بعيد. كانت راقصة، أشرفت في مرحلة ما من حياتها على مدرسة باليه للأطفال. كانت تعتني بجوليان وتعطي بعض دروس الرقص في فانكوفر عندما اكتشفتْ إصابتها بالسرطان.

- أخبرتني أنها خضعت لتصوير الثدي الشعاعي هذا، وأنهم يريدون ببساطة استئصال الثدي. لم تكن مستعدة لتقبل ذلك. كانت باربرا تتمتع بذكاء حاد. مضت تبحث في كل ما نُشر عن نوع السرطان الذي أصيبت به وتحرَّت عن نتائج العلاج في فئتها العمرية بالولايات المتحدة وكندا. لم يعجبها ما اكتشفته.

قالت: «لن أمر بكل ذلك. لا أريد أن أصاب بالغثيان، لا أريد أن أكون مشوهة، لا أريد كل معاناة العلاج الكيميائي تلك. سأعالج السرطان بطريقة كُلانية[1] وسأبذل قصارى جهدي معه».

ثم طلبت مني أنا وجون أن ندعم قرارها وأن نحاول عدم التدخل.

قلت: «كيف شعرتِ إزاء ذلك؟».

- كان الأمر مروعًا. أردت أن أفعل شيئًا على الفور. حاولت الضغط عليها كي تنظر إلى بعض الخيارات الأخرى، ثم فجأة استشاطت غضبًا وإصرارًا وصرخت في وجهي -لم تصرخ في وجهي قط قبلها- ظلت غاضبة مني طوال الأشهر الستة الأخيرة من حياتها. قبل ذلك، لم يكن غضبها يستمر، كانت عندما تغضب مني تكتفي بقول: «لا مشكلة يا أمي، إن كان هذا رأيك فليكن»، ثم تصفق بابها أو شيء من هذا القبيل، لكن عندها ينتهي الموضوع.

- ذلك لا يُعد تعبيرًا عن الغضب، إنما في الغالب تعبير عن الهزيمة والإحباط.

---

(1) الكُلانية هي الفكرة القائلة بأن الأنظمة الطبيعية لا بد أن يُنظر إليها على أنها متكاملة، وليس كمجموعة أجزاء. والتعبير المضاد هو «الاختزالية». (المترجمة).

- كنت دائمًا أؤذيها لسبب ما، ولا أعرف لماذا. أعتقد أني كنت أمًّا فظيعة لهذه الطفلة. كانت شخصيتي مؤذية لها.

- ما بالك تذرفين الكثير من الدموع؟ أما زلتِ تشعرين بالذنب حيال الأمر؟

- ربما ليس ذنبًا بقدر ما هو شعور بأنه لماذا لم يعطوها لشخصٍ آخر يمكنه التعامل معها. كانت طفلة استثنائية في حساسيتها تجاه العالم، فهمها للعالم، لطافتها مع العالم.

- لطافة؟ كيف كانت وهي طفلة؟

- كان عقلها أكثر نضجًا من سنها بكثير. أينما اصطحبتُها كان الناس ينبهرون بسلوكها وبمستوى... لا أريد أن أقول إنها تصرفت كشخص بالغ، ولكن بمستوى فهمها لعالم البالغين.

- ماذا عن جانبها العاطفي؟

- جانبها العاطفي؟ كانت طفلة محبة وحنونة للغاية. كانت لطيفة لأقصى حد ومحبوبة جدًّا من الجميع، المفضلة لدى معلميها على الدوام. ومع ذلك لم يُبدِ الأطفال الآخرون استياءً من هذا الأمر.

- هل راودك قط إحساس بأن أحدهم حاول التحرش بها من قبل؟

- كانت هناك واقعة واحدة. كنا في لويزيانا لزيارة أمي وأختي. لدى شقيقتي أربعة صبيان. كان أحد الصبية أكبر من باربرا بسنة وأضخم منها حجمًا. وكانت باربرا في الثانية عشرة من عمرها تقريبًا. لم تخبرني بهذا، ولم يكن حتى عدنا إلى كاليفورنيا أن أخبرَتْ شقيقتها مارجريت. فجاءت مارجريت وأخبرتني أن ابن خالتها حاول اعتلاء باربرا. كانا وحدهما في المنزل آنذاك. وشعرت باربرا بغضب شديد حيال ذلك. أتذكر أني سألت مارجريت: «لماذا لم تأتِ أختك وتخبرني؟» فقالت: «ظننت أنه لأن دوريس أختك فسوف يُحدث هذا الأمر فوضى كبيرة بينكما».

ثم تحدثنا أنا وبيتي عن مرض باربرا وموتها. في الوقت الذي شُخصت فيه باربرا بالسرطان، كانت بيتي تخوض انتخابات محلية لحزب الخضر،

فتركت الانتخابات والترشح لقضاء الوقت مع ابنتها العليلة. سألتُها إن كانت وجدت ذلك صعبًا.

قالت: «لم يكن الأمر بهذه الصعوبة. كنت أشعر أننا بحاجة إلى بعضنا بعضًا، ولكن ثمة شيئًا في شخصيتي وجدتْه باربرا مزعجًا على الدوام. كان صوتي مرتفعًا أكثر من اللازم بالنسبة إليها، تصرفاتي مبهرجة أكثر من اللازم. كنت أكثر من اللازم بالنسبة إلى طبيعتها الأكثر رهافة، تلك هي الطريقة الوحيدة التي يمكنني من خلالها وصف الأمر. كنت صاخبة أكثر مما ينبغي، وحاسمة في آرائي أكثر مما ينبغي، وعدوانية في أفعالي أكثر مما ينبغي. وكانت هي تتمتع بشخصية مضادة، تحب أن تفكر مليًّا في أمورها وتحاول الحصول على رؤية أشمل لشخصيات الآخرين».

- يبدو أنها اعتقدت أنك أكثر انتقادية مما تريد منك أن تكوني.
- كانت دائمًا تتهمني بأني انتقادية. كنت أبقى معها لبعض الوقت فتطلب مني الرحيل. كانت تخبرني دائمًا كلما سئمتْ مني واحتاجت إلى راحة لأنها تجدني مُتعِبة.
- هل كان ذلك في الأشهر الأخيرة؟
- نعم.
- لماذا برأيك حدث ذلك؟ لا يمكن أن تكوني مُتعِبة. لا يوجد إنسان مُتعِب في حد ذاته.
- كانت شخصيتي تتعِبها بعد بعض الوقت، لم تكن تحتمل.
- متى يشعر المرء بالتعب؟
- عندما يعمل بكد. هل تظن إذن أن وجودها معي كان كالعمل؟
- كان عليها أن تعمل بكد بالغ وهي برفقتك.
- آها...
- تتساءلين الآن لماذا أقول ذلك. استعدادك لسماع هذا يجعل منك إنسانة فريدة حقًا، لكن حياتك كلها كانت بحثًا عن الحقيقة. وأنا أعلم ذلك وأتفهمه. انظري، لقد دخلت باربرا حياتك في وقتٍ انعدم فيه الاستقرار تمامًا.

- هذا صحيح.
- كنتِ تمرين بالمرحلة الأخيرة من علاقتك بجون عندما حملتِ بها، وتشعرين بوحدة مطبِقة. لم تشعري بالرفقة معه وبدأتِ تدركين أن هذا الرجل على الرغم من كونه مثيرًا للاهتمام من منظور العقل، فقد كنتِ بمفردك تمامًا من منظور القلب. كان سبيلك للفرار من العلاقة هو التورط مع والي. ثم ذهبتِ إلى تلك الرحلة إلى غرب كندا وأنتِ تجُرين أطفالك خلفك. وما حدث في النهاية هو أن حصل جون على حضانة جميع الأطفال باستثناء باربرا إلين. أصبح عليها فجأة أن تملأ فراغًا هائلًا في حياتك، بدءًا من بداية حياتها.

إن طبيعة الضغط النفسي لا تكون دائمًا كما يظنها الناس في العادة. إنه ليس الضغط الخارجي الذي تسببه الحرب أو خسارة المال أو وفاة شخص مقرب، إنما هو الضغط الداخلي الناتج عن الاضطرار إلى التكيف مع شخص آخر. يبدو لي أن السرطان والتصلب الجانبي الضموري والتصلب المتعدد والتهاب المفاصل الروماتويدي وكل تلك الأمراض الأخرى إنما تحدث لأناس يعانون ضعف الإحساس بذواتهم كأشخاص مستقلين. وذلك يعني أنهم على المستوى العاطفي –على الرغم من أنهم قد يكونون ناجحين إلى حد كبير فنيًّا أو فكريًّا– يعانون إحساسًا ضبابيًّا بالذات. إنهم يعيشون كرد فعل لأفعال الآخرين دون أن يشعروا أبدًا بهويتهم الحقيقية.

انتقال باربرا من رجل إلى آخر يثبِت أن إحساسها بذاتها لم يكن كافيًا لمساندتها. بمجرد أن تنتهي علاقة ما لا بد أن تخوض علاقة أخرى كي تشعر بالرضا عن نفسها. ويدخل الإدمان في هذا الإطار أيضًا.

أتت حياتك في وقت كنتِ فيه محرومة ومنهَكة عاطفيًّا بصفة خاصة. أعتقد أن تطورها الفكري السابق لأوانه هو ما يحدث للأطفال الأذكياء والحساسين عندما لا تكون البيئة العاطفية قادرة على احتضانهم كفاية؛ يطوِّرون هذا الفكر القوي الحاد ليحتضنهم بدلًا من ذلك. ومن هنا يأتي نضجهم الفكري وقدرتهم على التواصل مع الكبار. كان الناس يخبرونني بمدى نضجي عندما كنت طفلًا. لطالما اعتقدتُ أني كنت كذلك، لأن الطفل في هذا الوضع يبدو ناضجًا إلى حد بعيد. ولكن

عندما أنظر إلى نفسي من الناحية العاطفية، أجدني طفوليًّا جدًّا. إنني الآن في الثامنة والخمسين من عمري وما زلت أحاول أن أنضج.

- هذا مثير للاهتمام جدًا.

- ما لا يتطور في أحد الجوانب يتطور بشكل مفرط في جانب آخر، ما دام الطفل ذكيًّا كفاية ليفعل. طوَّرتْ باربرا تفكيرها بصورة هائلة كي تشعر بالراحة. أعتقد أن ذلك لأنكِ لم تكوني قادرة على مدها بالعون العاطفي الذي احتاجت إليه وهي صغيرة.

- أتفق معك.

- عندما يعجز الآباء عن بذل جهد للحفاظ على العلاقة، يتعين على الطفل أن يفعل ذلك بنفسه. وقد فعلتْ عن طريق التصرف كفتاة مهذبة. كفتاة سابقة لسنها، فتاة ناضجة فكريًّا. وعندما بلغتْ سن التفكير المجرد، في نحو الثالثة عشرة أو الرابعة عشرة من عمرها، السن التي تنشأ فيها تلك الروابط في المخ فعليًّا، أصبحت فجأة مسبارك الفكري. لم تعد العلاقة قائمة على احتياجاتها بقدر ما هي على احتياجاتك أنتِ. في واقعة ذلك الفتى الذي حاول اعتلاءها، كانت تحميكِ من آلامها العاطفية بعدم إخبارك. لم ترد لكِ أن تعرفي. كانت تعتني بك.

أرادت أن تحفظ سلام الأسرة. ذلك ليس دور الطفلة. دور الطفلة هو أن تذهب لوالدتها وتقول: «لقد حاول ذاك اللقيط اعتلائي! ليذهب سلام الأسرة إلى الجحيم!». أعلم أن هذا هو ما أردتِ منها فعله، لكنها لم تتعمد فعل أي من هذا. إن الأمر كله يعود إلى تجربتك أنتِ كطفلة.

لقد مررتُ بوقائع مشابهة جدًّا مع ابني الأكبر كتلك التي أخبرتِني بها مع باربرا. قال لي ذات مرة: «أبي، إنني لا أعرف أين تنتهي أنت وأبدأ أنا». هذا هو ما حدث بالضبط. لطالما قلتُ إنني لست قلقًا من أن يغضب أطفالي مني، بل أخشى ألا يغضبوا مني كفاية.

ما رأيتِه من باربرا أخيرًا في الأشهر الستة الأخيرة من حياتها كان بداية وضعها للحدود. كانت تقول لا، وكان الغضب الذي قمعتْه يتحرر.

- صحيح.

- هكذا أرى الأمر. فالناس الذين ألتقيهم من مرضى السرطان وغيره يجدون صعوبة في قول لا والتعبير عن غضبهم. إنهم يميلون إلى قمع غضبهم، أو -في أفضل الأحوال- التعبير عنه بطريقة ساخرة، ولكن ليس بطريقة مباشرة أبدًا. كل هذا ينبع من حاجتهم الأولى إلى إنشاء علاقة مع أحد الوالدين، لبذل جهد في هذه العلاقة.

أعتقد أن باربرا كانت تبذل جهدًا كبيرًا للحفاظ على العلاقة معكِ. أذكر أني طرحتُ هذه المسألة معها بحذر شديد. وقد أشارت حينها إلى وجود خطب ما، لكنها لم ترغب في الحديث كثيرًا أيضًا. كانت منطوية على نفسها إلى حد بعيد، كنت غريبًا عنها تمامًا. لم تكن لتبوح لي بمشاعرها.

قالت بيتي: «لم يكن من السهل عليها أن تفتح قلبها لأحد. في الأشهر الأخيرة كانت تطلب مني في الواقع أن آتي وأدخن معها سيجارة، حتى نسترخي قليلًا وندردش».

- وكيف سارت تلك اللقاءات؟

- سارت على نحو طيب لأنها كانت تتحدث عن نفسها. كانت تقول: «أشعر أنني لا أعرف ماهية السرطان، لكنه هنا ويبدو أنه عقاب لي. لقد جلبتُ السرطان إلى جسدي». أتذكر أني شعرت بالرعب وقلت: «باربرا، لا أفهم ما تقولينه». فقالت: «حسنًا، ذلك لأنني أعدُّه جزءًا من حياتي الخاصة وأنتِ أيضًا جزء من هذا يا أمي. لديك حصة خاصة بك في سرطاني».

أتعرف شيئًا آخر يا جابور؟ لقد رأت أحدًا في الليلة التي سبقت وفاتها. قالت إن ثمة رجلًا أتى ليأخذها، وأخبرته أنها ليست مستعدة. في الليلة التالية قالت لي: «ذلك الرجل، أريده أن يأتي». قلت: «أي رجل؟ هل تريدين أن أستدعي الطبيب؟». قالت: «لا، الرجل الذي أتى من أجلي وأخبرته أني لست مستعدة». قالت إنها أصبحت مستعدة الآن.

كنت قد أخبرتها قبل تلك الواقعة بساعات قليلة أنها إن كانت سئمت من المرض، فليس عليها أن تصمد لفترة أطول. قلت: «لا بأس». وعندها أخبرتني عن هذا الرجل. أخبرتني أنها صارت مستعدة له الآن، ثم توفيت في الثامنة من صباح ذلك اليوم. هل سبق لك أن قرأت أيًّا من

كتابات كوبلر روس[1]؟ أتعرف، حيث تتحدث عن المرافقين... الناس الذين يأتون من أجلنا عندما نموت. كان ذلك غريبًا جدًّا. جعل الشعر على مؤخرة عنقي ينتصب حقًّا.

- لماذا كان ذلك غريبًا بالنسبة إليكِ؟

- حسنًا، هل تعني أن هناك شيئًا يُدعى «ملاك الموت» حقًّا؟

- أهذا هو التفسير الوحيد؟ العقل يمر بتجربة، ونحن نترجمها إلى صورة. ثمة معنى أعمق لشيء يحدث، لكن العقل لا يمكنه اختباره إلا من منظور الأفكار والصور.

تبقَّى لدى بيتي سؤال واحد: «لماذا يعجز الآباء عن رؤية آلام أطفالهم؟».

- لقد اضطررتُ إلى أن أطرح السؤال ذاته على نفسي. هذا لأننا لم نرَ آلامنا. عندما قرأتُ الجزء الأول من مذكراتك، رأيت الدليل في كتابتك على أنكِ لم تتعرفي على ألمك بعد. لذا كان من المستحيل بالنسبة إليكِ أن تري آلام باربرا بوضوح.

إذا فكَّرتِ في الأمر من منظور علاقتك أنتِ وباربرا فحسب، ستشعرين بمزيد من الذنب، وقد تتهمين نفسك بأشياء ليست لكِ يد فيها. الحقيقة هي أنك نتاج تربية معينة، ونوع معين من الحياة. كانت حياتك تدور دائمًا حول محاولة العثور على نفسك، وحول محاولة العثور على الحقيقة في العالم. كان ذلك نضالًا حقيقيًّا. إنه لأمر مذهل ما قمتِ به، بالنظر إلى الخلفية التي أتيتِ منها. ومع ذلك، هل أنت متأكدة من أنكِ تريدين سماع هذا؟

- أكمِل رجاءً.

- لقد أهديتِ الجزء الأول من مذكراتك إلى باربرا إلين ولكنك أهديتِه أيضًا إلى «أمك الرائعة». ربما كانت أمك رائعة فعلًا، لكنك عندما كتبتِ هذه الكلمات لم تكوني واعية تمامًا بمقدار غضبك منها وبكَم الأذى الذي سببته لكِ. «كانت أمي دافئة ومحبة. لكني كنت أعلم دائمًا أنها تفضِّل

---

(1) **إليزابيث كوبلر روس** هي طبيبة نفسية أمريكية سويسرية ورائدة في دراسات الاقتراب من الموت، ومؤلفة الكتاب الأكثر مبيعًا دوليًّا الذي يتحدث عن الموت وكيفيته، حيث ناقشت نظريتها حول مراحل الحزن الخمس والمعروفة أيضًا باسم «نموذج كوبلر روس». (المترجمة / ويكيبيديا).

أخي وأختي عليَّ. كانت تفيض بالحب حتى إن بعضًا منه انسكب عليَّ أنا الأخرى». كيف يشعر الطفل إزاء ذلك حقًّا، وجهة نظر مَن تلك؟

- لم أشعر قط بأنني غير محبوبة.

- بالطبع لم تشعري بأنك غير محبوبة، ولا أقول إن والدتك لم تحبك. لكن السبب في عدم شعورك بأنك غير محبوبة يرجع جزئيًّا إلى أنك حجبتِ ألمك من هذا الأمر. تقولين: «بعد أن كبرت واجهتُ أمي بمعرفتي السرية، وآلمها ذلك وباغتها وأصرَّت أنها لئن كانت تولي مزيدًا من الاهتمام لإخوتي، فذلك لأنهم كانوا يحتاجون إليها أكثر مما فعلتُ، وأني كنت دائمًا أكثر استقلالًا من الناحية العاطفية». كانت تلك حيلتك الخاصة أن تجعلي الأمر يبدو وكأنك مستقلة عاطفيًّا، لتحمي والدتك وتنحِّي مشاعرك المجروحة. كان ذلك قمعًا لألمك.

«على الرغم من أني كنت أعلم دائمًا أنها تفضِّل أخي وأختي، فقد كانت تفيض بالحب، حتى إن بعضًا منه انسكب عليَّ أنا الأخرى». هذه العبارة أيضًا منظور شخص بالغ يحاول إبعاد نفسه عن الواقع العاطفي للتجربة. منظور الطفل مختلف. كيف شعرتِ فعليًّا في ذلك الحين؟

- أعلم أنني كنت أستاء من الاهتمام الذي ينصب على أختي الصغيرة كلما حبستْ أنفاسها وصار لونها أزرق. في وقت لاحق، درستْ أختي لتمارس مهنة التمريض، لتحصل على شهادة تمريض، وأنجبت أربعة أطفال. كانت مدمنة وسكيرة، وتوفيت قبل أن تبلغ الخمسين من عمرها بسبب جرعة زائدة. حاول والداي معها، حاولت والدتي باستماتة معها.

- تعاجلين بالدفاع عن والديك.

- ذلك لأنني أم.

- أعتقد أن ذلك لأنك تدافعين عن نفسك ضد ألمك في علاقتك بوالديك. كانت تنتابك كوابيس...

- ستنتاب الكوابيس أي شخص لو شرب كمية الشاي المثلج التي كنت أشربها.

- تدور الكوابيس حول مخاوفنا الأعمق. يخاف الطفل من الوحوش الكامنة تحت سريره. فتضيئين نور الغرفة وترِينه أن الوحوش ليست هنالك، وفي الدقيقة التالية تجدينه خائفًا من الوحش مجددًا. مم يخاف حقًّا؟ إنه خائف من عدم وجود حماية، من عدم وجود احتواء كافٍ. ربما كان هناك شيء وحشي في أحد الأبوين، ربما كان أحد الأبوين غاضبًا، فصار الطفل خائفًا بشدة. يتعاظم كل هذا الخوف لدى الطفل، فيخلق عقله صورة الوحش.
- كانت الكوابيس التي تراودني مرتبطة بأبي. كنت أمقته. منذ وقت ليس ببعيد تحدثت مع أخي، الذي كان أكثرنا تعرضًا للتعنيف من أبي. أصبح مهندس طيران في نهاية المطاف، إنه شخص عملي ومتفوق فعلًا في مجاله، على الرغم من إدمانه الدائم للكحول. قال لي منذ فترة ليست ببعيدة: «أتعلمين يا بيتي؟ لطالما أُعجَبت بك ،نحن أطفال لأنك لم تخشي الوقوف في وجه أبي». ذلك ليس صحيحًا، كنت مرعوبة من أبي، لكنني أظهرت بعض المقاومة. بالنسبة إلى أخي، كنت في ذهنه من المقاتلين الأحرار، لأنه لم يكن ليقول كلمة واحدة لأبي. كان أبي ينعته بالمخنث لأنه لم يفعل شيئًا سوى الدراسة والمذاكرة طوال الوقت.
- وسبب آخر لرؤيتك كوابيس تخص والدك هو عدم استطاعتك الحديث عن أي من هذه المشاعر مع والدتك.
- ماذا كنت لأقول لها؟ «أنا أكره أبي ولست أدري ماذا بحق السماء تفعلين معه»؟
- لا، يكفي أن تقولي: «أمي، أنا أكره أبي».
- لم تكن لتمرِّرها مرور الكرام. يأمرنا الكتاب المقدس ببر الوالدين.
- لا ألوم الأم على بقائها في هذه العلاقة، فإن لها ماضيها الخاص. لعلها عجزت عن المقاومة خوفًا من زعزعة استقرار الأسرة. لكن بالنسبة إلى الطفل، فإن الجرح الأكبر يأتي من تجربته مع لأم. من جسد الأم نأتي وإليها ننتمي. الأم هي الكون بالنسبة إلينا. الكون هو ما يخذلنا. عندما يتصرف الأب كشخص مسيء ومهدِّد، إما أن بحمينا الكون وإما لا يحمينا.

لا أقول إن هذا خطأ الأم، فالمسألة لها علاقة بوضع المرأة في المجتمع وبالعلاقات التي يتورط فيها الناس. لكني أتحدث فقط عن تجربة الطفل. فعلى الرغم من عدم وعي الطفل، نظرًا إلى أنه لن يفتقد شيئًا ما لم يكن معتادًا إياه، فإنه في الواقع يشهد هجرانًا من أمه. عندما تقولين إنها «لم تكن لتمررها مرور الكرام»، فأنتِ في الحقيقة تقولين إن والدتك لم تكن قادرة على سماع جذور مشاعرك. نحن لا نميل إلى عد ذلك الأمر جرحًا، لكنه جرح أعمق من أي شيء آخر.

ثمة كتاب نسوي رائع لدوروثي دينرستين بعنوان «حورية البحر والمينوتور». يناقش هذا الكتاب كيف أن الدور الحصري الذي تلعبه المرأة في التنشئة المبكرة للأطفال يشوِّه نمو الطفل. فعندما تتزوج المرأة برجل غير ناضج، تصبح أيضًا أمًّا لزوجها، ولا يعود لديها الانفتاح والطاقة الكافيان لأطفالها. لذلك فإن منافسك الحقيقي في حب أمك لم يكن أختك، كان والدك.

- هذا غريب حقًّا، لأننا جميعًا قبل وفاة أختي كنا نتحدث ذات يوم عن والدي. العداء الذي أشعر به تجاه أبي لا يُقارن بما شعر به أخي وأختي. كلاهما كرهه بشدة. كنا نتحدث عنه عندما دخلت أمي الغرفة وقالت: «أتعلمون أيها الأطفال؟ لطالما شعرتُ بالغضب منكم كلما تحدثتم عن أبيكم، لأن والدكم كان رجلًا صالحًا». ثم قالت أيضًا: «لا أظن أنني أوليت اهتمامًا كافيًا لأي منكم. لو عدت بالزمن مرة أخرى، سأولي اهتمامًا أكبر لكم جميعًا واهتمامًا أقل لأبيكم».
- ربما. لكنها لا تدرك على الأرجح أنه كان ينال قدر الاهتمام الذي يرغب فيه. لم يكن ليتركها بسلام لو وجد اهتمامها به ناقصًا.

باربرا إلين، وخالتها التي ماتت بسبب جرعة زائدة، وخالها مدمن الكحوليات، ووالدتها الشجاعة، بيتي، وجميع أطفال بيتي، جميعهم عانوا بدرجة أو بأخرى من عدم النضوج المرهِق لوالد بيتي ونقصان الحزم الحقيقي من والدتها. وقد عانى هذان الوالدان أيضًا وحملا عبء أجيال. لا يقع اللوم على أحد، لكن أجيالًا وراء أجيال عاشت لتلعب دورًا في نشأة سرطان الثدي لدى باربرا إلين.

7
الضغط النفسي والهرمونات والقمع والسرطان

تقول الطبعة الثانية عشرة من «مبادئ هاريسون للطب الباطني»: «تنشأ الغالبية العظمى من سرطانات الرئة من المسرطِنات ومحفِّزات الأورام التي نستهلكها عند تدخين السجائر». العبارة غير صحيحة علميًّا، وإن كانت تحمل شيئًا من الصحة.

إن علاقة سرطان الرئة بالتدخين تشبه علاقة الغرق بالغوص في المياه العميقة. ربما تكون السباحة في عرض البحر مميتة بالنسبة إلى شخص لا يستطيع السباحة وغير محمي، لكنها لن تشكل خطرًا كبيرًا بالنسبة إلى سباح ماهر أو شخص يرتدي سترة نجاة. لن يحدث الغرق إلا في وجود عدة عوامل مجتمعة. والحال نفسه ينطبق على سرطان الرئة.

يضاعف التدخين من خطر الإصابة بالسرطان، ليس فقط سرطان الرئة، ولكن أيضًا المثانة والحلق وباقي أعضاء الجسم. لكن المنطق وحده يقول إن التدخين لا يستطيع في حد ذاته *التسبب* في أي من هذه الأورام الخبيثة. إذا كان «أ» يسبِّب حدوث «ب»، ففي كل مرة يكون «أ» موجودًا، لا بد أن يتبعه «ب». إن لم يتبعه «ب» باستمرار، لا يمكن أن يكون «أ»، في حد ذاته،

سببًا لحدوث «ب»، حتى وإن كان وجوده في معظم الحالات عاملًا رئيسًا بل وضروريًّا. لو كان التدخين سبب حدوث سرطان الرئة، لصار كل مدخن مصابًا بالمرض.

منذ عدة عقود، ذكر ديفيد كيسن جراح الصدر البريطاني أن مرضى سرطان الرئة غالبًا ما يتسِمون بميل إلى «كبت» المشاعر. دعم كيسن انطباعاته السريرية تلك بعدد من الدراسات، أفادت بأن مرضى سرطان الرئة «لديهم منافذ ضعيفة ومحدودة للتعبير عن العاطفة، مقارنة بغيرهم من مرضى أورام الرئة الحميدة والأشخاص الأصحاء». وجد كيسن أن خطر الإصابة بسرطان الرئة كان أعلى بخمس مرات لدى الرجال الذين تنقصهم القدرة على التعبير عن العواطف بفعالية. والغريب بصفة خاصة أن مرضى *سرطان الرئة الذين كانوا يدخنون في العادة دون استنشاق الدخان أظهروا قمعًا أشد للعواطف من أولئك الذين فعلوا*. أشارت ملاحظات كيسن إلى أن القمع العاطفي يعمل جنبًا إلى جنب مع التدخين للتسبب في سرطان الرئة. كلما كان القمع أشد، قل معدل الدخان المطلوب للتسبب في الإصابة بالسرطان.

تأكدت رؤى كيسن بطريقة مذهلة في دراسة مستقبلية أجراها باحثون ألمان وهولنديون وصرب على مدى عشر سنوات في بلدة سيرفينكا بيوغوسلافيا السابقة. كان الغرض من الدراسة هو بحث العلاقة بين عوامل الخطر النفسي ومعدل الوفيات. واختيرت مدينة سيرفينكا الصناعية التي يبلغ عدد سكانها نحو أربعة عشر ألف نسمة لسببين، أحدهما لأن معدل وفياتها كان مرتفعًا، والآخر لأن قاعدتها السكانية المستقرة سهَّلت عملية المتابعة.

اختير ما يقرب من 10 بالمئة من سكان المدينة، نحو ألف رجل وأربعمئة امرأة. أُجريت مقابلات مع كل منهم في عامي 1965-1966، مع استبيان مكون من 109 عنصر يحدد عوامل الخطر مثل أحداث الحياة المؤلمة، ومشاعر اليأس المزمنة، وأسلوب التكيف المفرط في العقلانية والمهمل للعاطفة. كذلك سُجلت البارامترات الفيزيائية مثل مستويات الكوليسترول والوزن وضغط الدم وسوابق التدخين. واستُبعد المرضى الذين شُخصوا بالفعل من المشروع البحثي.

بحلول عام 1976، أي بعد عشر سنوات، توفي أكثر من ستمئة من المشاركين في الدراسة بسبب السرطان أو أمراض القلب أو السكتة الدماغية أو أسباب أخرى. كان العامل الأخطر للوفاة –وبخاصة الوفاة بالسرطان– هو ما أسماه الباحثون عامل «العقلانية ومعاداة العاطفة». كانت الأسئلة الأحد عشر المحددة لهذا العامل تقيس سمة واحدة: قمع الغضب. «الواقع أن معدل الإصابة بالسرطان كان أعلى بنحو 40 مرة لدى أولئك الذين أجابوا بالإيجاب عن 10-11 سؤالًا من أسئلة قياس عامل «العقلانية ومعاداة العاطفة» مقارنة بباقي المشاركين، الذين أجابوا بالإيجاب على نحو 3 أسئلة في المتوسط... وقد وجدنا أن المدخنين لم يصابوا بسرطان الرئة إلا في الحالات التي سجَّلت أيضًا من 10 إلى 11 نقطة، مما *يشير إلى أن أي تأثير للتدخين على الرئة يقتصر بالأساس على «أقلية معرَّضة للإصابة»*».

وهذه الاكتشافات لا تبرِّئ منتجات التبغ أو مصنِّعي السجائر من مسؤوليتهم في تفشي سرطان الرئة، بل العكس من ذلك. جميع الأشخاص الثمانية والثلاثون في دراسة سيرفينكا الذين ماتوا إثر سرطان الرئة كانوا مدخنين. لكن النتائج تشير إلى أنه لكي يحدث سرطان الرئة، فإن التبغ وحده ليس كافيًا: لا بد للقمع العاطفي أن يحفِّز بطريقة ما آثار ضرر الدخان في الجسم. ولكن كيف؟

تساهم المؤثرات النفسية بصورة بيولوجية قاطعة في ظهور المرض الخبيث، وذلك من خلال العلاقات المتبادلة التي تربط بين مكونات منظومة الضغط النفسي في الجسم: الأعصاب والغدد الهرمونية والجهاز المناعي ومراكز الدماغ التي تُدرَك فيها العواطف وتُعالَج.

إن النشاطين البيولوجي والنفسي ليسا مستقلين؛ كل منهما يمثل طريقة عمل نظام فائق لم يعد من الممكن اعتبار مكوناته آليات منفصلة أو منفردة. لقد استعاض البحث العلمي في ربع القرن الماضي عن النظرة الطبية الغربية التقليدية التي تفيد بوجود هوة بين الجسم والعقل بنظرة أصدق وأكثر وحدوية. كتبت كانديس بيرت الباحثة الأمريكية الرائدة أن «التقسيم المفاهيمي بين علم المناعة وعلم الغدد الصماء وعلم النفس أو الأعصاب هو مجرد أسطورة تاريخية». وهكذا فإن «علم المناعة العصبية النفسية» –أو

المصطلح الأشمل والأدق، «علم المناعة العصبية النفسية الهرمونية»- هو اسم التخصص الذي يدرس الوظائف المتداخلة للأعضاء والغدد التي تنظم سلوكنا وتوازننا الفسيولوجي.

ثمة عدة مسارات تربط بين الدماغ والجهاز العصبي والأعضاء والخلايا المناعية والغدد الصماء. وكلما زاد عدد البحوث، من المرجح اكتشاف المزيد من الروابط. تتمثل المهمة الموحدة لنظام PNI[1] في ضمان نمو وبقاء وتكاثر كل كائن حي. كما أن العلاقات المتداخلة الموجودة بين مكونات هذا النظام هي ما تمكِّنه من التعرف على التهديدات المحتمَلة الداخلية والخارجية، والاستجابة بالسلوكيات والتغييرات البيوكيميائية المنسِّقة لتحقيق أكبر قدر من السلامة بأقل عواقب ممكنة.

تتصل مختلف أجزاء نظام PNI الفائق عن طريق روابط الجهاز العصبي، والتي لم نتعرف على بعضها إلا في الآونة الأخيرة فقط. فعلى سبيل المثال، اتضح أن مراكز المناعة -التي اعتُقد في السابق أنها لا تتأثر إلا بالهرمونات- مزودة بكم وافر من الأعصاب. يتألف ما يسمى بأعضاء المناعة الأولية من نخاع العظم والغدة الزعترية، التي تقع في الجزء العلوي من الصدر أمام القلب. تنتقل الخلايا المناعية التي تنضج في نخاع العظم أو في الغدة الزعترية إلى الأعضاء الليمفاوية الثانوية، بما فيها الطحال والغدد الليمفاوية. والألياف المنبعثة من الجهاز العصبي المركزي تغذي كلًّا من الأعضاء الليمفاوية الأولية والثانوية، مما يسمح بحدوث اتصال فوري بين المخ وجهاز المناعة. وبالمثل يوجد اتصال مباشر أيضًا بين الغدد الصماء المنتِجة للهرمونات والجهاز العصبي المركزي، ومن ثم يمكن للمخ أن «يتحدث» بشكل مباشر إلى الغدد الدرقية والكظرية، أو الخصيتين والمبايض والأعضاء الأخرى.

وفي المقابل، تؤثر هرمونات الغدد الصماء والمواد الناتجة من الخلايا المناعية بشكل مباشر في نشاط الدماغ. حيث تتصل المواد الكيميائية من

---

(1) يشيع استخدام اختصار PNI للإشارة إلى علم *المناعة العصبية النفسية الهرمونية* *psychoneuroimmunoendocrinology*. وقد استخدمته هنا بغرض التيسير لوصف النظام الفسيولوجي الذي يدرسه العلم، فمن المضجر بالنسبة إلى كل من المؤلف والقارئ الاستمرار في كتابة/ قراءة مصطلح «المناعة العصبية النفسية الهرمونية». (المؤلف).

هذين المصدرين بالمستقبلات الموجودة على أسطح خلايا الدماغ، ومن ثم تؤثر في سلوك الكائن الحي. لقد مررنا جميعًا بالتجربة التي تصفها اللغة الطبية باسم «السلوك المَرَضي[1]»، والتي توضح تأثير المواد المناعية على المخ. يمكن لمجموعة من المواد الكيميائية تسمى «السيتوكينات»، والتي تفرزها الخلايا المناعية، أن تثير الأعراض التي تدفعنا إلى أخذ إجازة مرضية من العمل –الحمى وفقدان الشهية والإعياء والاحتياج الزائد إلى النوم. إن هذه التعديلات السريعة، على الرغم من كونها مزعجة، فهي مصممة لحفظ الطاقة ومساعدتنا في التغلب على المرض. ومع ذلك، فإن الإفراز غير المناسب للمواد نفسها من شأنه أن يعوق النشاط الطبيعي، بأن يتسبب مثلًا في إعياء مفرط أو مزمن.

من المذهل أن نعرف أن الخلايا الليمفاوية وخلايا الدم البيضاء الأخرى قادرة على تصنيع تقريبًا كل الهرمونات والنواقل التي ينتجها الدماغ والجهاز العصبي. حتى إن الخلايا الليمفاوية قادرة على إفراز الإندروفين، المسكِّن والمادة الكيميائية الجوهرية التي تشبه المورفين وتغير الحالة المزاجية. وهذه الخلايا المناعية أيضًا تملك مستقبلات على أسطحها للهرمونات وغيرها من الجزيئات الأخرى التي تنشأ في الدماغ.

موجز القول أنه، بالإضافة إلى شبكة الألياف العصبية الموحِّدة التي تصل بين مختلف مكونات نظام PNI، ثمة أيضًا حديث بيوكيميائي مستمر بين هذه المكونات. إن المواد التي لا حصر لها التي يمكن لكل من هذه المكونات إرسالها إلى البقية أو تلقيها منها تمكِّنها جميعًا من تحدث وفهم اللغة الجزيئية نفسها والاستجابة، كلٌّ بطريقته الخاصة، للإشارات نفسها. يشبه نظام PNI لوحة توزيع عملاقة، تضطرم طوال الوقت برسائل منسقة آتية من جميع الاتجاهات وذاهبة إلى جميع الاتجاهات في آن واحد. ويترتب على ذلك أيضًا أنه مهما كان المحفز، مزمنًا كان أو قصير الأمد، فما دام يؤثر في جزء من نظام PNI، فإن بوسعه التأثير في باقي الأجزاء أيضًا.

---

(1) السلوك المرضي هو مجموعة منسقة من التغيرات السلوكية التكيفية التي تتطور عند المرضى في أثناء المرض. (ويكيبيديا).

ما الذي يجعل الوظائف التفاعلية المتنوعة لنظام PNI ممكنة؟ إن نظرة مجهرية واحدة من شأنها أن تكشف عن العديد من أماكن المستقبلات على سطح كل خلية، والتي يمكن أن ترتبط بها النواقل الجزيئية المنتشرة. كما أشارت كانديس بيرت، فإن الخلية العصبية النموذجية، أو العصبون، قد تحوي ملايين المستقبلات على سطحها: «إن أردت تخصيص لون مختلف لكل من المستقبلات التي تعرَّف عليها العلماء، فسوف يظهر سطح الخلية العادية على شكل فسيفساء متعددة الألوان من سبعين لونًا مختلفًا على الأقل – 50000 مستقبل من نوع معين، 10000 مستقبل من نوع ثانٍ، و100000 مستقبل من نوع ثالث وهكذا».

تتكون النواقل الجزيئية ومعظم الهرمونات من الأحماض الأمينية، وهي اللبنات الأساسية للبروتين. تُعرف باسم الببتيدات، وهو الاسم الفني لسلاسل الأحماض الأمينية الطويلة. لا تقتصر أي من هذه المواد الكيميائية على منطقة أو عضو واحد من الجسم. اقترح أحد علماء الأعصاب البارزين مصطلح «حاملات المعلومات» لوصف المجموعة كلها، لأن كلًّا منها يحمل معلومات من خلية أو عضو لينقلها إلى خلية أو عضو آخر. ثمة تفاعلات متعددة محتمَلة بين حاملات المعلومات المنبعثة من كل جزء في نظام PNI ومن أنواع خلايا كل جزء.

يعد المحور الوطائي النخامي الكظري مركزَ نظام PNI. ومن خلال تنشيط المحور الوطائي النخامي الكظري، تستحث المحفزات النفسية والجسدية استجابات الجسم للتهديد. تُقيَّم المحفزات النفسية أولًا في المراكز العاطفية المعروفة باسم الجهاز الحوفي، والذي يشمل مناطق القشرة المخية وكذا هياكل المخ الأعمق. إذا ترجم المخ المعلومات الواردة على أنها مهدِّدة، فسوف يحث الوطاء الغدة النخامية على إفراز هرمون الكظر، الذي يحفز بدوره القشرة الكظرية على إطلاق هرمون الكورتيزول في الدم.

وبالتزامن مع هذا التدفق الهرموني، يبعث الوطاء رسائل عبر الجهاز العصبي السمبثاوي –منطقة الكر أو الفر في الجهاز العصبي– إلى جزء آخر من الغدة الكظرية، لب الكظر. فيُنتج لب الكظر ويفرز هرمون الأدرينالين، الذي يحفز على الفور جهاز القلب والأوعية الدموية والجهاز العصبي.

إن التأثيرات نفسها التي يُرجح أن يترجمها الجسم على أنها ضغوط عاطفية، هي أيضًا ولا عجب أقوى المحفزات النفسية للمحور الوطائي النخامي الكظري: «تعد العوامل النفسية مثل الشك والصراع ونقص السيطرة ونقص المعلومات أكثر المحفزات المسببة للضغط النفسي وأقوى منشطات المحور الوطائي النخامي الكظري. ويؤدي إحساس السيطرة والسلوك المُجزي إلى قمع فوري لنشاط المحور الوطائي النخامي الكظري».

السلوك المجزي هو السلوك الذي يزيل الخطر أو يخفف التوتر الناجم عنه. تحدثنا من قبل عن أن مسببات الضغط النفسي لا تكون دائمًا تهديدات خارجية موضوعية، مثل الحيوانات المفترسة أو المصائب الجسدية المحتملة، لكنها تشمل أيضًا الإدراك الداخلي بنقص شيء نعدُّه ضروريًّا. ولهذا السبب نجد أن نقص السيطرة ونقص المعلومات –والاحتياجات العاطفية غير المشبعة، مثل نقص الحب كما سنرى– تؤدي إلى تفعيل المحور الوطائي النخامي الكظري. كما أن تلبية هذه الاحتياجات يبطل استجابة الضغط النفسي.

بالنظر إلى التأثيرات البيوكيميائية والعصبية المتداخلة داخل نظام PNI، يمكننا أن نفهم بسهولة كيف يمكن للعواطف أن تتفاعل مع الهرمونات والدفاعات المناعية والجهاز العصبي. في نشأة السرطان، يلعب كل من النشاط الهرموني المضطرب والدفاعات المناعية المعطلة دورًا. ويعد سرطان الرئة خير مثال على ذلك.

ترى النظرة الآلية أن السرطان ينتج عن تلف الحمض النووي للخلية بسبب مادة سامة، مثل منتجات تحلل التبغ. وهذه النظرة صحيحة بقدرٍ ما، لكنها لا تفسر سبب أن بعض المدخنين يصابون بالسرطان والبعض الآخر لا، على الرغم من أن كمية ونوع التبغ الذي يستنشقونه متماثلة تمامًا. الأسئلة غير المجابة هي: لماذا خلايا البعض أكثر عرضة للإصابة دون غيرهم؟ لماذا يصلح الحمض النووي نفسه لدى البعض دون غيرهم؟ لماذا يعمل الجهاز المناعي والدفاعات الأخرى على ردع السرطان لدى البعض دون غيرهم؟ ما سبب التفاوتات الشاسعة في التعافي أو تطور المرض من شخصٍ إلى آخر، حتى عندما يكون تشخيص السرطان متطابقًا وفي المرحلة نفسها وحتى

عندما تكون جميع العوامل الأخرى -العمر والجنس والدخل والصحة العامة- متماثلة تمامًا؟

قد تجيب الاختلافات الجينية عن هذه الأسئلة في بعض أنواع السرطان، على الرغم من أن الوراثة، كما رأينا مع سرطان الثدي، لا تلعب دورًا في نشأة السرطان لدى غالبية الناس. سرطان الرئة بالذات ليس مرضًا وراثيًّا، ولا ينتقل الضرر الذي يلحق بالجينات في سرطان الرئة بالوراثة أيضًا.

يمر تطور أي مرض خبيث عبر عدة مراحل، أولها البداية، وهي العملية التي تتحول فيها خلية طبيعية إلى خلية مشوَّهة. قد يُنظر إلى السرطان على أنه أحد أمراض تكاثر الخلايا. ذلك لأن العملية الطبيعية لانقسام الخلايا وموتها تتقوض بطريقة ما. الخلية التي ينبغي لها إنتاج سلالة سليمة تفلت من عقالها وتنقسم إلى نسخ مشوهة تتكاثر دون اعتبار لاحتياجات الجسم البيولوجية. مع موت وولادة ملايين الخلايا في الجسم كل يوم، يمكن للصدف الطبيعية وحدها أن تسفر عن عدد كبير من التحولات المشوهة العفوية.

تقول كانديس بيرت: «إنها لحقيقة أن كل واحد منا لديه عدد من الأورام السرطانية الدقيقة التي تنمو في جسمه في كل لحظة».

لدخان التبغ ضرر مباشر على المادة الوراثية لخلايا الرئة. وتشير التقديرات إلى أنه لبدء السرطان، لا بد أن تعاني خلايا الرئة مما يصل إلى عشر آفات أو نقاط تلف منفصلة في حمضها النووي. ومع ذلك فإن مثل هذا الضرر الجينومي، بغض النظر عن مكانه في الجسم «نادرًا ما يؤدي إلى تكوين ورم. ويرجع ذلك بالأساس إلى حقيقة أن معظم الآفات الأولية عابرة ويسهل التخلص منها إما عن طريق إصلاح الحمض النووي وإما موت الخلية». بعبارة أخرى، يصلح الحمض النووي نفسه أو تموت الخلايا دون أن تُستنسخ مادتها الجينية التالفة. وهو ما يفسر دون ريب حقيقة أن معظم المدخنين لا يصابون بسرطان الرئة السريري. ولكي ينشأ السرطان فعلًا، لا بد أن تفشل إما عملية إصلاح الحمض النووي وإما موت الخلية الطبيعي.

في مراجعة عام 1999 للتأثيرات النفسية في سرطان الرئة، كتب باحثون من كلية الطب بجامعة أوهايو: «يرتبط الإصلاح المعيوب للحمض النووي بزيادة فرص الإصابة بالسرطان. وقد يغير الضغط النفسي من آليات إصلاح

الحمض النووي هذه. ففي إحدى الدراسات على سبيل المثال، أظهرت الخلايا الليمفاوية للمرضى النفسيين الذين يعانون أعراضًا اكتئابية شديدة عجزًا في قدرتها على إصلاح الحمض النووي الخلوي الذي تلف نتيجة التعرض للأشعة السينية».

وقد لوحظ أيضًا قصور في إصلاح الحمض النووي في الدراسات التي أُجريت على حيوانات المختبر المضغوطة.

الاستماتة (أو الموت الخلوي المبرمج) هو المصطلح العلمي لموت الخلايا المنظم فسيولوجيًا واللازم للحفاظ على الأنسجة السليمة. تضمن الاستماتة تجديدًا طبيعيًا للأنسجة، وإعدامًا للخلايا الأكبر سنًّا ذات المواد الجينية الضعيفة، مما يترك مجالًا لنسلها الصحي والقوي. «أما الاستماتة غير المنظمة فتساهم في نشأة العديد من الأمراض، بما فيها الأورام وأمراض المناعة الذاتية وأمراض نقص المناعة والأمراض التنكسية العصبية».

تساعد الهرمونات الستيرويدية التي تُفرَز عقب نشاط المحور الوطائي النخامي الكظري في تنظيم عملية الاستماتة بعدة طرق. لكن القمع المعتاد للعواطف يترك الشخص في حالة من الضغط النفسي المزمن، والضغط النفسي المزمن يُنشئ بيئة بيوكيميائية غير طبيعية في الجسم. يمكن للمستويات غير الطبيعية بشكل دائم من هرمون الستيرويد أن تعوق عملية الموت الخلوي المبرمج الطبيعية. كذلك تساهم الخلايا القاتلة الطبيعية في موت الخلايا. لكن الاكتئاب -وهو حالة نفسية يهيمن فيها قمع الغضب على الأداء العاطفي- يتفاعل مع التدخين لتقليل نشاط الخلايا القاتلة الطبيعية.

باختصار، لا يكفي أن يحدث تلف للحمض النووي للتسبب بالسرطان: من الضروري أيضًا فشل عملية إصلاح الحمض النووي و/ أو تعطيل عملية الموت الخلوي المنظم. يمكن للضغط النفسي وقمع العواطف أن يؤثرا بالسلب في هاتين العمليتين. وعندما نفكر في المرحلة الأولى من التحول الخبيث، أي مرحلة البداية، فإن النتائج التي توصَّل إليها باحثو سيرفينكا والجراح البريطاني ديفيد كيسن تبدو منطقية من الناحية الفسيولوجية.

استعرض مقال من جزأين نُشر في مجلة الجمعية الطبية الكندية عام 1996 دور نظام PNI في الصحة والمرض. لاحظ المؤلفون أنه «في

الأشخاص الأصحاء، توفر آليات المناعة العصبية دفاعات طبيعية ضد العدوى والإصابات والسرطان وتتحكم في التفاعلات المناعية والالتهابية التي تُجهض المرض قبل حدوثه». بمعنى آخر، المرض ليس نتيجة بسيطة لهجمة خارجية ما، بل إنه يتطور في مضيف ضعيف أصبحت البيئة الداخلية فيه مضطربة.

المرحلتان التاليتان من التحول السرطاني هما *التعزيز والتطور*. بعد أن تفلت الخلايا الخبيثة الجديدة من الآليات التنظيمية الطبيعية التي كان يُفترض أن تحول دون بقائها حية، تستمر في الانقسام، مما يسفر عن تكون الورم. في هذه المرحلة يمكن للبيئة الداخلية للجسم إما أن تعوق نمو الورم وإما أن تدعم نموه. وهنا يأتي دور نظام PNI. يعمل هذا النظام الفائق بصفة رئيسة من خلال التنظيم الهرموني للمحور الوطائي النخامي الكظري، فينشئ في أنسجة الجسم وسطًا إما متقبلًا لنمو وانتشار السرطان وإما معاديًا له.

يقول د. مارك ليبمان، رئيس قسم سرطان الثدي بالفرع الطبي لمعهد السرطان الوطني في بيثيسدا بولاية ماريلاند: «قد يلعب الوضع النفسي المزمن للفرد دورًا مهمًّا إما في تسهيل تعزيز الورم وإما في التخفيف من آثار الضغط النفسي البيئي أو مفاقمتها. ويوفر جهاز الغدد الصماء البشري وسطًا حاسمًا للتفاعل بين النفسية والورم... لذا يبدو أنه لا مفر من أن تكون للعوامل النفسية التي تحفز تغيرات الغدد الصماء آثار في بيولوجيا الورم الفعلية».

إن أثر الهرمونات في نمو وانتشار السرطان له سببان. أولهما أن العديد من الأورام تعتمد بشكل مباشر على الهرمونات، أو تنشأ في أعضاء مرتبطة ارتباطًا وثيقًا بالتفاعلات الهرمونية، مثل المبيضين أو الخصيتين. حيث تحمل الخلايا السرطانية المعتمدة على الهرمونات على أغشيتها مستقبلات لهرمونات مختلفة قادرة على تعزيز نمو الخلايا. أحد أنواع السرطانات الهرمونية هو سرطان الثدي. من المعروف بوجه عام أن العديد من سرطانات الثدي تعتمد على هرمون الأستروجين، وذلك هو سبب استخدام عقار تاموكسيفين الذي يثبط الأستروجين. لكن من غير المعروف أن بعض سرطانات الثدي تملك مستقبلات لمجموعة واسعة من «حاملات المعلومات»

الأخرى، بما فيها الأندروجينات (الهرمونات الجنسية الذكرية) والبروجستين والبرولاكتين والأنسولين وفيتامين د وغيرها الكثير – جميعها تُفرَز أو تُنظَّم من خلال المحور الوطائي النخامي الكظري.

الضغط النفسي هو مُعدِّل قوي للوظائف الهرمونية، كما يظهر في كل من تجارب البشر والدراسات على الحيوانات. في إحدى التجارب، تلاعب الباحثون في علاقات الهيمنة والتبعية بين مجموعة من إناث القرود. حيث فككوا أنماط الهيمنة الراسخة، وأُجبرت بعض الإناث التي كانت مهيمنة سابقًا على التبعية، فيما مُكِّنت الإناث التابعة من بلوغ وضع الهيمنة.

تسببت التبعية الاجتماعية في حدوث خلل هرموني في المحور الوطائي النخامي الكظري والمبايض. «أفرزت الإناث المهيمنة حديثًا كمية أقل من الكورتيزول مقارنة بالإناث التابعة حديثًا». وكان لدى إناث القرود المهيمنة حيض منتظم وتركيزات أعلى من البروجيسترون قبل الإباضة. كما قل معدَّل الإباضة لدى الإناث التابعة وتوقفت الدورة الشهرية لديها بشكل متكرر.

عندما تغير الوضع التجريبي بحيث أصبحت القرود التي كانت مهيمنة في السابق تابعة، قُمعت وظيفتها الإنجابية على نحو فوري تقريبًا، وزاد معدل إنتاج الكورتيزول لديها. كما حدث العكس في حالة القرود التي كانت من قبل تابعة ثم صارت مهيمنة.

ترتبط سرطانات الأعضاء النسائية مثل المبايض والرحم كذلك بالهرمونات. يعد سرطان المبيض سابع أكثر أنواع السرطان شيوعًا بين النساء، ومع ذلك فهو رابع سبب رئيسي لوفيات السرطان. فمن بين جميع الأنواع، يحمل هذا النوع أعلى نسبة وفيات: أي إن توقعات التعافي منه هي الأسوأ على الإطلاق. في عام 1999، شُخصت 2600 امرأة كندية بسرطان المبيض. وفي العام نفسه تُوفيت منهن ألف وخمسمئة. يجري تشخيص نحو عشرين ألف امرأة في الولايات المتحدة سنويًا، وهذا يعني أن ثلثيهن تقريبًا يلقين حتفهن متأثرات بالمرض. وعلى الرغم من فعالية العلاج المبكر، فإنه بحلول وقت تشخيص معظم الحالات، يكون السرطان قد تطور بما يتجاوز قدرة العلاج الحالي على معالجته.

حتى الآن لا توجد فحوصات فعالة من شأنها التعرف على المراحل الأولية من هذا المرض. يمكن متابعة العلاج من خلال الموجات فوق الصوتية وفحص الدم المسمَّى CA-125، ولكن لا يمكن الاعتماد على أي منهما كأداة للعثور على السرطان قبل ظهور الأعراض أو قبل انتشاره خارج موقعه الأصلي.

شُخصت دارلين سمسارة التأمين، خلال أحد فحوصات العُقم. تقول: «كانوا يجرون تنظيرًا للبطن لفحص المبايض، وهكذا اكتشفوا السرطان. لذا بدلًا من الحصول على طفل انتهى بي الأمر باستئصال المبيض».

نظرًا إلى أن العقم هو أحد مؤشرات الخطر المعروفة لسرطان المبيض، فمن الواضح أن العوامل الهرمونية مهمة. لكن الصورة غير واضحة لسوء الحظ، فالحيض المبكر وتأخر انقطاع الطمث يزيدان من خطر الإصابة بسرطان المبيض، في حين أن الحمل وحبوب منع الحمل يحدان منه. قد يشير هذا النمط إلى أنه كلما زادت عدد مرات الإباضة لدى النساء، صرن أكثر عرضة للمرض. غير أن العقم -عدم حدوث إباضة- يضاعف هو الآخر من خطر الإصابة. من الواضح أن التأثيرات الهرمونية هنا خفية ومعقدة. ما نعرفه عن هرمونات التكاثر الأنثوي هو أنها حساسة لدرجة لا تصدَّق تجاه الحالة النفسية للمرأة والضغوط في حياتها. قد ترتبط الوظائف الهرمونية أيضًا بسمات شخصية معينة، كما خلصت دراسة أُجريت في جامعة بيتسبرج عام 2001.

قارن الباحثون في كلية الطب ببيتسبرج السمات النفسية للنساء اللواتي يعانين انقطاعًا مزمنًا في الدورة الشهرية -انقطاع الطمث- والنساء اللائي كان حيضهن طبيعيًّا. وقد أولوا اهتمامًا خاصًّا للمجموعة التي تعاني انقطاع الطمث الوظيفي، أي المجموعة التي لا تعاني أي مرض أو اضطراب يمكن تحديده لتفسير قصور التبويض الطبيعي. وجدت الدراسة أن «النساء اللاتي يعانين انقطاع الطمث الوظيفي قد أبدين توجهات مضطربة، لا سيما تلك المرتبطة بالحاجة إلى نيل الاستحسان. وكن أشد ميلًا لتبني التوجهات السائدة بين الأشخاص العُرضة للاكتئاب، مثل معايير الكمال والقلق بشأن آراء الآخرين».

ومن النتائج الرئيسة التي خلص إليها باحثو بيتسبرج كانت اكتشافهم عادات الأكل المضطربة بشكل ملحوظ لدى النساء غير الحوائض. ترتبط أنماط الأكل المضطربة ارتباطًا وثيقًا بمشكلات عالقة منذ الطفولة، كما سنرى مثلًا في حالة الممثلة الكوميدية جيلدا رادنر، التي تُوفيت بسرطان المبيض. إن الضغوط التي تحول دون اعتناء المرء بذاته هي نفسها الضغوط التي تؤدي إلى اعتلال الصحة. كتب مؤلفو دراسة بيتسبرج أن «النساء اللائي يعانين انقطاع الطمث الوظيفي يبلغن عن قلق أكبر بشأن الوزن والنظام الغذائي، وخوف، من زيادة الوزن، وميل إلى الانغماس في نوبات من الأكل بشراهة».

ترتبط أنماط الأكل ارتباطًا مباشرًا بالمشكلات العاطفية النابعة من كل من الطفولة والضغوطات الحالية. ولأنماط الطريقة التي بها نتناول الطعام أو لا نتناوله، ومقدار ما نأكل، علاقة وثيقة بمستويات الضغط النفسي التي نمر بها واستجابات التكيف التي طورناها للتصدي لتقلبات الحياة. وفي المقابل، تؤثر عادات الأكل بقوة في وظائف الهرمونات التي تؤثر في الجهاز التناسلي الأنثوي. فغالبًا ما تنقطع الدورة الشهرية مثلًا عن مرضى فقدان الشهية.

وجدت جيريلن بريور، اختصاصية الغدد الصماء بفانكوفر والمهتمة بقضايا صحة المرأة بصفة خاصة، أن ثمة اضطرابات هرمونية خفية تحدث بين النساء اللاتي يبلِغن عن دورات شهرية منتظمة ولا يعانين أي أعراض. وكتبت في «مجلة التشخيص الكندية»: «إن ما يقرب من ثلث دورات الطمث المنتظمة غير المصحوبة بأعراض لدى النساء الصحيحات ستتمخض عن اضطرابات في الإباضة قد تؤدي، استنادًا إلى المبادئ البيولوجية، إلى مخاطر صحية كبيرة».

كان السبب الأكثر شيوعًا لفشل الإباضة في دراسة د. بريور هو التحفيز غير الكافي للمبيضين من قِبل الوطاء والغدة النخامية نتيجة «اختلال أو عدم تناسق في الإشارات المرسَلة من الوطاء والغدة النخامية إلى حويصلات المبايض». وتقول د. بريور إن هذه الاضطرابات «تحدث بسبب التكيفات المتعلقة بدورة الحياة أو تغيرات الوزن أو الضغوط النفسية والاجتماعية أو التمارين الرياضية المفرطة أو المرض».

وكذلك تعتمد السرطانات الخبيثة في الجهاز الدموي (الجهاز المنتِج لخلايا الدم) مثل اللوكيميا وسرطان الغدد الليمفاوية على الهرمونات، وذلك لتأثرها الشديد بالكورتيزول المنبعث من الغدة الكظرية. تمنع هرمونات الكورتيكويد الكظرية انقسام وانتشار خلايا اللوكيميا والأورام الليمفاوية، وعليه فإن سرطانات الدم ربما تنتُج جزئيًّا من إفلات خلايا الدم والخلايا الليمفاوية من التثبيط الطبيعي بسبب اختلال مزمن في الجهاز الوطائي النخامي الكظري. وتصف البحوث المتاحة الضغط العاطفي على أنه دينامية مهمة في حياة البالغين المصابين بهذه الأمراض.

في دراسة امتدت خمسة عشر عامًا بجامعة روتشستر، درس الباحثون أشخاصًا أصيبوا باللوكيميا أو سرطان الغدد الليمفاوية. ووجدوا أن هذه السرطانات الخبيثة كانت «أكثر ميلًا للظهور في بيئة من الفقد أو الانفصال العاطفي، الذي يستحضر بدوره مشاعر القلق أو الحزن أو الغضب أو اليأس».

تعد النظائر الاصطناعية لهرمون الضغط النفسي (الكورتيزول) عنصرًا مهمًّا في علاج اللوكيميا والأورام الليمفاوية. والطريف أننا لا نحتاج من شبيه الكورتيزول سوى كمية أعلى قليلًا من تلك التي ينبغي توفرها بشكل وظيفي في الجسم في حالته الطبيعية. إن نوبات الضغط النفسي الحاد، التي ترتفع فيها مستويات الكورتيزول مؤقتًا، أحيانًا ما تكون كافية في حالة اللوكيميا لتفعيل حالة من الخمول. ويُعتَقد أن هذا ما حدث خلال مرض الملحِّن بيلا بارتوك.

علينا أن نتذكر هنا أن ارتفاع الكورتيزول المؤقت الذي يحدث في نوبات الضغط النفسي *الحاد* هو ارتفاع صحي وضروري. ما ليس صحيًّا هو الارتفاع المزمن في مستويات الكورتيزول لدى أصحاب الضغط النفسي المزمن.

طلب سيرج كوسيفتسكي، قائد «أوركسترا بوسطن السيمفونية»، من بارتوك، المنفي من وطنه المجر والمصاب باللوكيميا، أن يكتب مقطوعة موسيقية جديدة. حينها دخل مرض الملحن في حالة تلقائية من الخمول استمرت حتى اكتمال العمل. والمرجح أن يكون الكورتيزول المنبعث من المحور الوطائي النخامي الكظري مصحوبًا بعدة عناصر أخرى من نظام

PNI هو ما ساهم في هذا الخمول الشهير، الذي مكّنه من تلحين كونشرتو بارتوك للأوركسترا، المقطوعة الكلاسيكية لموسيقى القرن العشرين.

وبجانب آثارها المباشرة في السرطانات الهرمونية، فإن هرمونات المحور الوطائي النخامي الكظري الحساس للضغط النفسي، وهرمونات المناطق الحوفية في الدماغ، تؤثر في أنسجة الجسم الأخرى، والتي بدورها تؤثر في تطور السرطانات. من أهم هذه الأنسجة الحساسة للهرمونات هو جهاز المناعة.

من المعتاد التفكير في السرطان على أنه عدو محتل يجب على الجسم –مثل البلد حين يتعرض لهجوم أجنبي– أن يشن حربًا ضده. وفي حين أن هذه النظرة قد تكون مريحة في بساطتها، إلا أنها تشويه للواقع. أولًا، لأن السرطان، حتى عند وجود مادة مسرطنة خارجية مثل التبغ، فإنه في حد ذاته يحدث جزئيًّا نتيجة انحراف في مسار عمليات الجسم الداخلية. ناهيك بعدم قدرتنا على تحديد مادة مسرطنة بعينها مثل التبغ في معظم أنواع السرطان الأخرى. وثانيًا، لأن البيئة الداخلية، في المنطقة المصابة وفي الجسم بأكمله، هي التي تلعب الدور الأكبر في تحديد ما إذا كان الورم الخبيث سيزدهر أو سيُقضى عليه. بعبارة أخرى، التحول الخبيث للخلايا الطبيعية هو عملية تحددها عدة عوامل ترتبط بالحالة البيولوجية النفسية الاجتماعية للجسم بقدر ما هي مرتبطة بنوع السرطان نفسه.

بمجرد أن يصل السرطان إلى مرحلة تحتوي فيها أسطح الخلايا على جزيئات تختلف عن بروتينات الجسم الطبيعية، ينبغي أن تدمرها استجابات مناعية بأنواع مختلفة عديدة. يجب أن تهاجمها الخلايا التائية[1] بمواد كيميائية ضارة، ويجب أن تحتشد الأجسام المضادة ضدها، ويجب أن تفتتها خلايا الدم المتخصصة. ولكن في ظل ظروف الضغط النفسي المزمن، قد يصبح الجهاز المناعي إما مشوشًا لدرجة لا يسعه معها التعرف على الخلايا

(1) الخلايا التائية هي نوع من الخلايا اللمفاوية الموجودة بالدم، وتلعب دورًا أساسيًّا في المناعة الخلوية. تشكل الخلايا التائية مع الخلايا البائية المناعة المكتسبة. وسُميت بالتائية نسبةً إلى مكان نضوجها في الغدة الزعترية، كما ينضج بعضها في اللوزتين بعد هجرتها من نخاع العظام. (المترجمة / ويكيبيديا).

المستنسخة الطافرة التي تشكل السرطان، وإما ضعيفًا لدرجة يعجز معها عن شن هجوم فعَّال ضدها.

ويتورط أيضًا في نمو الأورام وتطورها عدد كبير من المواد الكيميائية المنتَجة داخل الجسم، بعضها تُفرزه الخلايا السرطانية نفسها. تشمل هذه المواد عوامل النمو، والمثبطات، والجزيئات الناقلة بأنواعها العديدة. ومن شأن التوازن المعقد فيما بينها أن يدفع العملية نحو كبح الورم أو نموه. يكفي القول هنا إن هذا التدفق البيوكيميائي المعقد يتأثر بشدة بنظام PNI، وخصوصًا بالهرمونات وحاملات المعلومات الأخرى.

وأخيرًا، فإن للحالة العاطفية أهمية كبيرة محتملة في منع تفشي السرطان أو تشجيع ذلك التفشي، أي نفاذ الخلايا الخبيثة من موقع الورم الأصلي إلى مناطق أخرى في الجسم.

تقول الأساطير الشائعة إن السرطان ينبغي أن «يُكتشف مبكرًا» قبل أن تتاح له فرصة الانتشار. بيد أن الواقع البيولوجي مختلف تمامًا: فبحلول الوقت الذي يصبح فيه الورم قابلًا للاكتشاف، يكون الانتشار في العديد من الحالات قد حدث بالفعل. أشار طبيب الأورام البريطاني باسل ستول إلى أن «نسبة عالية من السرطانات الباكرة تكون بالفعل قد أرسلت نقائل[1] خفية بحلول الوقت الذي يُكتشف فيه الورم الرئيسي». ومع ذلك، فإن معظم النقائل تموت أو تظل كامنة لفترات زمنية طويلة.

تختلف فترة التضاعف –الفترة اللازمة لتضاعف حجم كتلة الورم– من نوع سرطان لآخر، وثمة تفاوتات كبيرة بين نوع السرطان الواحد. لكي يصبح الورم ملحوظًا من الناحية السريرية، حتى وإن كان ينمو في أنسجة الجسم التي يسهل الوصول إليها مثل الجلد أو الثدي، لا بد أن يصل حجمه إلى نصف جرام، وأن يضم ما يقرب من خمسمئة مليون خلية. لا بد أن تتضاعف الخلية ذات الطفرة الخبيثة نحو ثلاثين مرة كي تبلغ هذه الأبعاد. وقد وُجد أن فترة التضاعف في سرطان الثدي تتراوح بين بضعة أيام إلى سنة أو سنة ونصف، بمتوسط نحو أربعة أشهر. «فإذا كان للخلية السرطانية أن تنمو بلا

(1) النقائل هي الخلايا السرطانية المهاجرة من عضو إلى آخر، ويُشار إلى السرطان في العضو الجديد بالسرطان الثانوي. (المترجمة).

انقطاع بالمعدل الأخير، فسوف تستغرق نحو ثماني سنوات لتصبح واضحة سريريًا، ناهيك بأن بعض المصادر تشير إلى فترة تضاعُف أطول، وعندها ستستغرق الخلية من 15 إلى 20 سنة لتصبح واضحة سريريًا».

ربما لا يوجد معدل تضاعف ثابت للورم على أرض الواقع، إنما هي تقلبات واسعة النطاق في معدل النمو اعتمادًا على ما يحدث في حياة المضيف. فنحن نتذكر تاريخ ميشيل، التي ظل نتوء ثديها حاضرًا لمدة سبع سنوات، ثم تغير فجأة بعد فترة من الضغط النفسي الحاد.

نظرًا إلى قدرة سرطانات الثدي على التفشي بمجرد أن يزيد قطر الورم على النصف ملليمتر، «فإن كان للورم أن يتفشى، فسيكون قد تفشى بالفعل في الغالب بحلول الوقت الذي يصبح فيه قابلًا للاكتشاف من الناحية السريرية». يحدث الانتشار المجهري للخلايا الخبيثة في العديد من الحالات على ما يبدو دون التسبب في أي مشكلات سريرية. وفي حالات أخرى، قد تظل الرواسب المهاجرة كامنة في الأنسجة البعيدة لسنوات ثم تعلن عن نفسها دون سابق إنذار في شكل أعراض. تعمل الديناميكية نفسها مع سرطان البروستاتا، ولهذا السبب يكون الانتشار قد حدث بالفعل في 40 بالمئة من أورام البروستاتا الخبيثة بحلول وقت التشخيص. في الواقع، وفي تشابه مذهل مع سرطان البروستاتا، تشير دراسات تشريح جثث النساء إلى أن ما يقرب من 25 إلى 30 بالمئة من جميع النساء مصابات بأورام خبيثة مجهرية في الثدي، «وهي النسبة التي تتجاوز بكثير ما نعرفه بالفعل».

ومن ثم فإن المسألة لا تقتصر على منع الانتشار، وإنما لماذا وتحت أي ظروف تتحول الرواسب الخاملة الموجودة بالفعل لدى البعض لتصبح سرطانًا سريريًا. تتأثر نواقل الورم بالعديد من المؤثرات الهرمونية والمناعية، وكلها نتاج وظائف نظام PNI، وكلها شديدة الحساسية لضغوط الحياة.

توجد تفاوتات جذرية في معدل نمو الورم من مريض إلى آخر. ومن الواضح أيضًا أن ثمة درجة عالية من التباين في معدلات ظهور السرطان النُّقيلي وتوقعات النجاة بين المرضى الذين شُخصوا بنوع السرطان نفسه ودرجة الشدة نفسها. على سبيل المثال، هناك «العديد من الحالات التي لا تعود فيها أبدًا سرطانات الثدي التي لم تُستأصل بشكل كامل، أو التي

تكمن بها الرواسب الثانوية في أنسجة المضيف لمدة تصل إلى 30 عامًا قبل أن تظهر أخيرًا». يبدو أن هذه الفروق الفردية لا يمكن عزوها إلى سلوك السرطان وحده، ولكن إلى عوامل في بيئة الجسم الداخلية التي تكبح نمو السرطان، أو على العكس من ذلك، تشجعه. تتأثر هذه البيئة الداخلية تأثرًا شديدًا بالضغوطات الجارية في حياة الناس وأيضًا بالطرق شديدة التباين التي يتكيف بها الأفراد مع الضغط النفسي.

في العديد من الدراسات حول السرطان، كان عامل الخطر المحدد في الأغلب الأعم هو عدم القدرة على التعبير عن العواطف، ولا سيما المشاعر المرتبطة بالغضب. فقمع الغضب ليس سمة عاطفية مجردة تؤدي في ظروف غامضة إلى المرض. إنه عامل خطر رئيس لأنه يزيد من الضغط الفسيولوجي الواقع على الجسم. ولا يعمل هذا العامل بمفرده، ولكن مقرونًا بعوامل خطر أخرى قد تصاحبه، مثل اليأس ونقص الدعم الاجتماعي. إن الشخص الذي لا يشعر أو يعبِّر عن العواطف «السلبية» سيظل معزولًا حتى وإن كان محاطًا بأصدقائه، لأن ذاته الحقيقية غير مرئية. ينبع إحساس اليأس من العجز المزمن عن أن يكون المرء صادقًا مع نفسه على المستوى الأعمق. ويفضي اليأس إلى يأس، لأن لا شيء يمكن أن يفعله المرء قد يصنع من منظوره أي فارق.

تناولت إحدى الدراسات النساء الأصحاء اللاتي لم تظهر عليهن أعراض سوى أن مسحة عنق الرحم لديهن لم تكن طبيعية في الفحص الروتيني. من دون معرفة بنتائج مسحة عنق الرحم، استطاع الباحثون «التنبؤ بدقة تصل إلى 75 بالمئة أن أولئك النساء يعانين السرطان المبكر، وذلك ببساطة عن طريق استخدام استبيان يميز بين الحالات العاطفية المختلفة. وجدوا أن السرطان كان أكثر ميلًا للظهور لدى النساء اللاتي يمتلكن «شخصية عُرضة لليأس»، أو يشعرن بإحباط يائس ظل عالقًا معهن في الأشهر الستة السابقة».

وقد تنبأ باحثو سيرفينكا أيضًا بما يقرب من أربعمئة مشارك من المرجح أن يصابوا بالسرطان ويموتوا منه، وذلك بناءً على السمات النفسية لعامل العقلانية / معاداة العاطفة (الغضب المكبوت) والإحساس المزمن باليأس. وعندما فحصوا سجلات الوفاة بعد عشر سنوات، وجدوا أنهم كانوا على حق

في 78 بالمئة من الحالات. وعلقوا قائلين: «يبدو لنا أن أهمية عوامل الخطر النفسية الجسدية قد استهين بها بشكل سافر في كثير من الدراسات».

***

اتضح تأثير عوامل الخطر النفسية بشكل مؤسف في تاريخ حياة جيلدا رادنر. فقد تُوفيت عمة رادنر واثنان من بنات عمومتها بسبب سرطان المبيض، وتعافت والدتها من سرطان الثدي. واجهت جيلدا خطرًا وراثيًا، ولكن هل كان لزامًا عليها أن تموت بسبب سرطان المبيض؟ لا يوجد سبب للاعتقاد بذلك.

بالنسبة إلى معظم النساء اللائي يصَبن بسرطان المبيض، لا تزن الوراثة كثيرًا بين عوامل الخطر. ولكن بالنسبة إلى قلة منهن، تكون لها أهمية كبرى. تحمل نحو 8 بالمئة من المصابات بسرطان المبيض إحدى الطفرات الجينية المعروفة بزيادة مخاطر الإصابة. الواقع أن تلك هي طفرة BRCA نفسها المتورطة في سرطان الثدي. وبناءً على شريط الحمض النووي المعني، يمكن للنساء اللائي يحملن الطفرة على أحد الشريطين أن يكن عرضة للإصابة بسرطان المبيض بنسبة 63 بالمئة بحلول سن السبعين. فيما إن حملنها على الشريط الآخر يصبحن عرضة للإصابة بنسبة 27 بالمئة بحلول سن الخامسة والسبعين. أما بالنسبة إلى النساء اللائي لا يعانين طفرة ولكن لديهن قريبة من الدرجة الأولى -أم أو أخت أو ابنة- مصابات بسرطان المبيض، فإن نسبة الخطر تصل إلى نحو 5 بالمئة. وهنا نرى مرة أخرى أن الجينات في حد ذاتها لا تروي القصة كاملة. فحتى في هذه الفئات المعرَّضة لنسبة عالية من خطر الإصابة، ليس لزامًا أن يصاب جميع أفرادها بالسرطان.

توهَّجت جيلدا رادنر بطاقة جنونية وحماس للحياة، لكنها حملت أعباء حياة مليئة بالضغوط النفسية ونكران الذات. من المحتمل أن يكون اضطراب الأكل الذي عانته قد أثر على توازنها الهرموني. إذ كانت أيضًا عقيمة، ربما بسبب نوع الاختلال الوظيفي الذي ناقشناه سابقًا في هذا الفصل.

عانت نجمة برنامج «سترداي نايت لايف» من الشرَه المرضي. وحسب وصفها الخاص، كانت «طفلة تعِسة، وبدينة، وعادية». ووصفت طفولتها بالكابوس. وكتبت في مذكراتها: «كنا أنا وأخي نأكل بنهم وشراهة حتى

انتفخنا كالبالونات. بدونا مثل وحوشٍ بلا رقبة. أرسلني والداي إلى المعسكر الصيفي كل عام، وكل عام كنت أنا كبش الفداء... في «لعبة الأميرة». فتيات مسيطرات وأخريات جميلات. الفتيات المسيطرات يجعلن الفتاة الجميلة أميرة، ويصبحن مستشارات لها. أما الفتاة السمينة فتكون الخادمة أو شيئًا من هذا القبيل، ولطالما كنت أنا تلك الفتاة».

يبدو أن علاقة جيلدا بوالدتها كانت سلبية لأقصى حد، واتسمت على ما يبدو بالتنافس على نيل اهتمام والدها. أصرَّت جيلدا على أن أباها كان «حب حياتها»، وأن وفاته بسرطان المخ في الثانية عشرة من عمرها كانت خسارة لا تُعوض.

وبدافع من اليأس المطلق، سعت جيلدا منذ بلوغها بلا تمييز لنيل حب الذكور وقبولهم. كتبت تقول: «كانت حياتي إلى حد بعيد خاضعة لسيطرة الرجال الذين أحببتهم». وقد أعادت تشكيل نفسها مرارًا لتكون المرأة التي تظن أن رجل حياتها يفضلها.

كان من المستحيل بالنسبة إلى جيلدا أن تخبر أمها، هنرييتا، بحقيقة عواطفها، أو أن تقول لها لا مباشرةً. وحتى بعد أن أصبحت بالفعل نجمة ومريضة سرًّا بالشره المرضي، كانت تحاول تهدئة مخاوف أمها بشأن ما تأكله عن طريق اختلاق تفاصيل مفبركة لوجبات خيالية. لم تعرف هنرييتا بالشره المرضي الذي عانته ابنتها إلا بعد وفاتها.

استطاعت جيلدا التحكم في بيئتها باستخدام الكوميديا. أشبعتْ الكوميديا حاجة طفولية ماسَّة. كانت وسيلتها لتقوية محبة أبيها لها وسبيلها الوحيد للتواصل مع أمها، «وسيلة للتقرُّب منها عندما تفشل جميع الخطط الأخرى». أصبحت كوميدية «بالفطرة». ودفعت الثمن إبادة تامة لمشاعرها.

كانت جيلدا مدمنة لعملها وأقرَّت بذلك حينما كتبت تقول: «سمحتُ للضغط النفسي والتوتر بأن يديرا حياتي الكريمة». ذات مرة في رحلة شبابية إلى باريس، ألقت بنفسها أمام حركة المرور في لفتة انتحارية مأسَوية كان من الممكن أن تقتلها بسهولة. ثم قالت لصديقتها التي سحبتها لبر الأمان: «على الأقل ثمة من يهتم لأمري».

وحتى بعد أن بدأت أعراض سرطان المبيض تسبِّب لها إجهادًا بدنيًا، لا سيما انسداد الأمعاء، ظلت رادنر مهتمة بإرضاء الآخرين أكثر من اهتمامها باحتياجاتها الخاصة. طلبت المشورة النفسية وتلقتها من مصادر شتى. والمعضلة التي قضَّت مضجعها؟ تقول: «بدأتُ فجأة أتساءل كيف أرضي كل أولئك الناس. هل أتناول سترات الماغنسيوم[1]؟ ماذا عن حقنة القهوة الشرجية[2]؟ هل أفعل كليهما؟ هل أخضع لتدليك البطن أم القولون؟ هل أخبر طبيبي عن رأي طبيبي الآخر؟ يلتقي الشرق مع الغرب في جسد جيلدا: الطب الغربي هابطًا من حلقي، والطب الشرقي صاعدًا من مؤخرتي».

عندما بدا أن علاجها يؤتي ثماره، أصبحت جيلدا فتاة ملصق سرطان المبيض الذي ظهر على غلاف مجلة «لايف». كانت مصدر إلهام للكثيرين، لكن تعافيها لم يدم طويلًا. ولأنها كانت ملتزمة بعدُ بالأدوار التي تقمَّصتها في الطفولة، أخذت تلوم نفسها لأنها «خذلت» الآخرين بمرضها الميؤوس منه.

تقول: «لقد صرت المتحدثة باسم منظمة «السلامة المجتمعية» ورمزًا للتعافي. كنت مريضة سرطان نموذجية تتعافى بنجاح. والآن شعرت بأني مثال حي على الفشل. *لست سوى محتالة*[3]. هكذا فكَّرتُ».

لم تدرك جيلدا إلا قبيل وفاتها أنها لا تستطيع أن تكون أمًّا للعالم. «لم أستطع فعل كل ما أردت فعله. لم أستطع الاستمرار في الاتصال بجميع مرضى السرطان الذين أعرفهم، ولم أستطع محاولة مساعدة جميع النساء المصابات بسرطان المبيض، ولم أستطع قراءة كل رسالة أتلقَّاها لأن ذلك كان يمزقني، لم أستطع أن أذرف كل تلك الدموع من أجل الجميع، كان عليَّ أن أعتني بنفسي، من المهم أن تدرك أن عليك الاعتناء بنفسك لأنك لن تستطيع الاعتناء بأي أحد آخر حتى تفعل».

---

(1) سترات الماغنسيوم هو ملين ملحي يُستخدم لتنظيف الأمعاء من الفضلات. (المترجمة).

(2) حقنة القهوة الشرجية هي نوع من مطهرات القولون المستخدَمة في الطب البديل. (المترجمة).

(3) بخط رادنر المائل. (المؤلف).

8

الخير من وراء ذلك

شُخِّص إد بعد أن وجد طبيبه عقدة صغيرة في أثناء أحد الفحوصات الروتينية للمستقيم. يقول: «ذهبت بعدها لإجراء خزعة، وأخذوا ست عينات من البروستاتا. وجدوا خللًا في إحداها. سرطان البروستاتا. ومنذ ذلك الحين نظرت في جميع الخيارات، كانت كلها إما قطعًا وإما حرقًا وإما سمًّا. تحدثت مع الكثير من الرجال الذين خضعوا لاستئصال البروستاتا، وبعض ممن تعرضوا للإشعاع. كانت تجربة فظيعة بالنسبة إلى أغلبهم».

سألتُ إد: «ألم تخضع لأي علاج طبي؟».

قال: «ذهبتُ إلى طبيب علاج طبيعي، وأتلقى الآن علاجًا بالتنويم المغناطيسي[1]، وأقضي وقتًا طويلاً في التفكير في نفسي وفي الطريقة التي عشت بها حياتي».

تشير كلمات إد المجازية «القطع أو الحرق أو السم» إلى ثلاثة أنواع رئيسة من العلاج المتاح حاليًّا لسرطان البروستاتا: الجراحة والإشعاع والعلاج الكيميائي. وعلى الرغم من أن بعض المرضى يمرون بهذه العلاجات

(1) العلاج بالتنويم الإيحائي أو المغناطيسي هو شكل من أشكال العلاج النفسي يُستخدم لإحداث تغيير في العقل الباطن للمريض لاستخراج ردود وأفكار ومواقف وسلوكيات ومشاعر جديدة. (المترجمة / ويكيبيديا).

دون ضرر، يعاني البعض الآخر من عواقب سيئة مثل سلس البول والعجز الجنسي. خلصت مراجعة لأكثر من مئة ألف حالة استئصال للبروستاتا نُشرت عام 1999 إلى أن «المضاعفات ومعاودة زيارة المستشفى بعد استئصال البروستاتا أكثر شيوعًا بكثير من المعترَف به».

ربما هي مخاطر مقبولة لو أن تلك العلاجات المتاحة تشفي من المرض أو تنقذ أرواح المرضى، بيد أن الأدلة ملتبسة في أحسن الأحوال. إن الحملات العلنية الصاخبة التي تشجع الرجال على الخضوع لاختبارات الكشف عن سرطان البروستاتا، إما عن طريق الفحص الرقمي للمستقيم وإما من خلال اختبارات الدم التي تكشف عن مستضد البروستاتا (PSA)، جميعها ليس لها أساس علمي مثبَت.

يقول تيموثي ويليت، أستاذ الطب المساعد بالمركز الطبي لشؤون المحاربين في مينيابولس لصحيفة نيويورك تايمز: «من المهم في ظني أن يدرك الناس أنه بمجرد أن نعثر على سرطان البروستاتا، فإننا ما زلنا لا نملك أي دليل على أن العلاج سيؤتي ثماره. وذلك حقًا هو جوهر مشكلة الفحص: فما دام العلاج غير ناجح، لماذا نجري اختبارات مستضد البروستاتا للكشف عن الأورام؟».

قد يُحبَط أنصار الأساليب الطبية الشرسة عند اطِّلاعهم على الإحصائيات التي جمعها د. أوتيس براولي، طبيب الأورام والأوبئة بالمعهد الوطني للسرطان بالولايات المتحدة. ففي المناطق التي تُجرى فيها عمليات الفحص على نطاق واسع، يرتفع معدل التشخيص بسرطان البروستاتا، ويزداد عدد الرجال الذين يخضعون للعلاج، لكن معدل الوفيات بسبب أورام البروستاتا الخبيثة يظل كما هو دون تغيير. في الواقع، كان معدل الوفيات بسبب سرطان البروستاتا أعلى قليلًا في المناطق التي اتبعت نهج الفحص المكثف. ومما يثير القلق أيضًا النتائج التي نشرتها مجلة المعهد الوطني للسرطان، والتي تفيد بأن الرجال الذين خضعوا لعلاج شرس لسرطان البروستاتا كانوا أكثر عُرضة للموت بسرطانات أخرى مقارنةً بالرجال الذين لم يتلقوا أي تدخل طبي.

على الرغم من أن بعض سرطانات البروستتا بحاجة إلى علاج، فمن غير المعروف بالضبط في يومنا هذا مَن الذي قديستفيد من التدخل. تتسم معظم سرطانات البروستاتا ببطء شديد في التلور، شديد لدرجة أن من المرجح أن يموت الرجل قبل أن يتسبب له الور. الخبيث في أي مشكلات صحية، ذلك إن كان سيفعل أصلًا. وفي حالات أخرى، يكون السرطان عنيفًا لدرجة أنه بحلول وقت التشخيص، لا يكون للعلاج أي فائدة. نظرًا إلى عدم وجود طريقة موثوقة لتحديد متى يكون العلاج ناجحًا، ما الذي ينجو منه إذن أولئك «الناجون» من سرطان البروستاتا: علاجهم م مرضهم؟ في حالة أورام البروستاتا الخبيثة، فإن ممارسات الطب الشائعةلا تُطبِّق ببساطة المعايير العلمية المعتادة.

يعتمد الرأي العام على وجهة النظر المنطقيةالقائلة بأنه كلما بكَّرنا في اكتشاف الحالة، زادت فرصة الأطباء في علاجها. ثمة مشاهير مقتنعون بأن التدخل الطبي أنقذ حياتهم، مثل الجنرال نورمان شوارزكوف، ولاعب الغولف أرنولد بالمر، والوزير الفيدرالي الكندي آلان روك، جميعهم شُخِّصوا بسرطان البروستاتا بعد الخضوع لاختبارات الفحص، وجمعهم يعملون دعاة مقنِعين للتشخيص المبكر. حريٌّ بالرجال عند اتخاذ قرار بشأن فحوصات سرطان البروستاتا وعلاجه أن يولُّوا أمرهم للعلم، وليس لمشاهير المؤيدين لاختبار مستضد البروستاتا، هكذا قال د. أوتيس براولي لمجلة «الجمعية الطبية الأمريكية».

ورغم الالتباس العلمي، ما زال الانحياز للعلاج قويًّا. قلة من الأطباء مستعدون لترك الطبيعة تأخذ مجراها في مواجهة المرض المحتمل، حتى وإن كانت قيمة التدخل محل شك. وقد يختار الرجل، مهما بلغ علمه، أن «يفعل شيئًا» بدلًا من تحمل قلق الوقوف بأيدٍ مكتوفة. لكن المرضى يستحقون دائمًا الاطلاع على ما هو معروف عن سرطان البروستاتا والأهم أن يطلعوا على كل ما لم يزل بعد مجهولًا.

سرطان البروستاتا هو أول ورم بشري خبيث يربطه العلماء بالمؤثرات الهرمونية. ومثلما قد يتحسن سرطان الثدي لدى النساء اللاتي يستأصلن المبايض، يؤدي الإخصاء إلى تقلص أورام البوستاتا، بسبب ما يترتب

عليه من انخفاض في مستويات الأندروجينات، أو هرمونات الذكورة. يظل استئصال الخصيتين جزءًا من ترسانة العلاج، وكذا وصف أدوية قوية تحجب تأثير الهرمونات الذكرية. هذا «الإخصاء الكيميائي» هو خط العلاج الأول المتاح الآن للرجال المصابين بسرطان البروستاتا النقيلي[1].

بالنظر إلى العلاقة القوية بين العواطف ومستوى الهرمونات، من المذهل كيف تجاهلت البحوث والممارسات الطبية المؤثرات النفسية ومدى تسببها في الإصابة بسرطان البروستاتا، واجتنبت تمامًا الأساليب الأكثر كُلانية في علاجها. لا يوجد فعليًّا أي بحث يتناول أثر شخصية المرء أو الضغط النفسي في سرطان البروستاتا. تُسقِط الكتب المرجعية هذا الموضوع.

بالنظر إلى ما هو معروف بالفعل، لا يوجد ما يبرر التغافل عن العلاقة المحتمَلة بين الضغط النفسي والعواطف وسرطان البروستاتا. يكوِّن العديد من الرجال بحلول الثلاثينيات من عمرهم بعض الخلايا السرطانية في البروستاتا، وبحلول الثمانينيات تُكتشف لدى الأغلبية هذه الخلايا. يصبح الرجل في سن الخمسين عُرضة للإصابة بسرطان البروستاتا بنسبة 42 بالمئة. ومع ذلك، فإن المرض لا يتطور ليصبح سريريًّا صريحًا إلا لدى عدد قليل نسبيًّا من الرجال. بعبارة أخرى، وجود خلايا سرطانية في البروستاتا ليس بالأمر غير المألوف، حتى بالنسبة إلى الشباب، ويصبح القاعدة كلما تقدم الرجل في السن. فقط في أقلية منهم يتطور إلى درجة تكوين ورم يسبب أعراضًا أو يهدد الحياة. لذلك حريٌّ بنا أن نتساءل كيف يمكن للضغط النفسي أن يستحث تطور الورم الخبيث. ما أنماط الشخصية أو ظروف الحياة التي قد تعوق آليات دفاع الجسم مما يسمح للخلايا السرطانية الموجودة بالفعل بالتكاثر؟

***

عندما وصلتُ إلى مقابلتي مع إد، وهو رجل نحيف له جسم ووجه شخص أقل من عمره الحقيقي (الذي هو أربعة وأربعون عامًا)، التفت إلى زوجته

---

(1) السرطان النقيلي هو السرطان الذي ينفذ من عضو لعضو آخر في الجسم. (المترجمة).

جين التي كانت على وشك المغادرة للتسوق، وقال لها: «الأمر أشبه بألم في المؤخرة، ولكن عليَّ أن أذهب وألقي نظرة على شاحنة فلان. إنها لا تدور».

تدخلتُ قائلًا: «دعني أطرح عليك سؤالًا سريعًا».

- تفضل.

- تقول إن إلقاء نظرة على شاحنة هذا الرجل أشبه بألم في المؤخرة. لدينا استعارة مثيرة للاهتمام هنا من الناحية التشريحية، لا سيما عندما تأتي من شخص مصاب بسرطان البروستاتا. كم كان سهلًا في حياتك أن تقول لا للأمور التي تسبب لك ألمًا في المؤخرة أكثر مما تنفعك؟

- الحق أني لا أقول لا. أحاول مساعدة الناس طوال الوقت.

- حتى وإن كان ذلك مؤلمًا؟

- نعم. حتى وإن لم يكن الوقت مناسبًا، أو كان يُفترض بي فعل أشياء أهم. أحب أن أساعد الناس.

- ماذا يحدث إن لم تفعل؟

- أشعر بالسوء حيال ذلك. بالذنب.

اعتاد إد، قائد فرقة الموسيقى الريفية، تعاطي الكوكايين والميسكالين والماريجوانا، «لمرتين أو ثلاث في اليوم، طوال سنوات شبابي. كان الكحول مشكلة بالنسبة إليَّ منذ طفولتي». أخبرني إد عن أول علاقة عاطفية له، والتي استمرت عشر سنوات. عاش مع امرأة أكبر منه سنًّا وساعدها في تربية طفليها، وكان يشرب يوميًّا لقمع تعاسته. ثم انتهت تلك العلاقة عندما خانته المرأة.

قال: «ألقيت بالمنشفة على الأرض. قلتُ إنني لا أريد التعايش مع هذا. لم أعبث مع أي امرأة قط، رغم أني أردت ذلك. ومنذ ذلك اليوم، أقلعتُ عن الشرب لمدة عام ونصف، وبدأت في الركض وفي فعل ما أريد فعله. غمرني هذا الشعور بالحرية، كأن وزنًا ثقيلًا أُزيح عن صدري. صار بإمكاني فعل أي شيء أرغب فيه وشعرت بالرضا عن نفسي».

- كم تشرب هذه الأيام؟

- ربما نحو أربع زجاجات من الجعة يوميًّا. كل يوم.

- وكيف يفيدك هذا؟

- ارتبطت أنا وجين، وأصبحت مشكلاتها مشكلاتي، والأمر لم ينفك يزداد ثقلًا يومًا بعد يوم، وهكذا عدتُ إلى الكحول مرة أخرى.

- إذن من بعض النواحي، أنت لست سعيدًا في هذا الزواج.

- أعتقد أن المشكلة تكمن في عامل السيطرة. لقد سمحتُ لجين بالسيطرة في هذا الزواج، بسبب التصلب المتعدد الذي تعانيه وبسبب تجربتها السابقة مع زوج مسيء[1]. كان يُملي عليها ما تفعله، وما ترتديه وكل تلك الأمور. والأثر الذي خلَّفه ذلك في المقابل جعلني مهزوزًا في هذا الزواج.

- ترى نفسك خاضعًا لسيطرة شخص آخر إذن. كيف تشعر حيال ذلك؟

- بالسخط.

- وكيف تتعامل مع هذا الشعور؟

- أخفيه.

- ألا تخبرها بأنك لا تحب ذلك؟

- نعم، لا أفعل.

- بم يذكِّرك ذلك؟

- أتقصد طفولتي؟ نعم، بالضبط.

على الرغم من أن إد أخبرني سابقًا أنه تلقَّى «تربية عظيمة جدًّا»، سرعان ما اتضح أنه كان يشعر بالخضوع تحت سيطرة أبويه وأن الذنب كان يأكله إن أخفق في تلبية توقعاتهم. ذكر أنه كان يتلقى ما أسماه بـ «الصفعات المستحَقة»، والتي تبين بعد مزيد من الاستفسار أنها كانت ضربًا بحزام والده، بدءًا من سن الثامنة فصاعدًا. «كان يعتقد أن تلك أفضل طريقة لفعل الأمور».

- ما الذي تعتقده أنت؟

---

(1) تعاني جين التصلب المتعدد. لتعرف المزيد عن قصتها، انظر الفصل 18 «قوة التفكير السلبي». (المؤلف).

- حسنًا، لا أعتقد الآن أن ذلك كان أفضل ما بإمكانه فعله، ولكن عندما تكون طفلًا صغيرًا، تصبح خياراتك محدودة جدًّا حقًّا. أردتُ أن أكون شخصًا صالحًا. عندما تنظر إلى أبيك وأنتَ طفل، لا تعرف ما يُفترض به أن يكون، لأنك تريد أن يكون أبوك مثاليًّا، وتريد أن تكون طفلًا مثاليًّا.

***

تتمثل إحدى السمات المحيِّرة لسرطان البروستاتا في أنه بينما يبدو أن هرمون التستوستيرون –الهرمون الذي سيق الناس إلى الاعتقاد بأنه المسؤول عن العدوان الذكوري– هو المعزِّز لنموه، فإن هذا السرطان هو في الغالب مرض يصيب كبار السن. لكن مستويات التستوستيرون تتراجع مع تقدم العمر. ولم يظهر لدى مرضى سرطان البروستاتا مستويات أعلى من المتوسط من هرمون التستوستيرون في الدم. يبدو، كما هو الحال مع مستقبلات هرمون الأستروجين في سرطان الثدي، أن حساسية الخلايا السرطانية لتركيز هرمون التستوستيرون الطبيعي هي ما تتغير دون ريب.

مثلما تفرز الغدد الكظرية والمبايض هرموناتها، فإن تخليق هرمون التستوستيرون في الخصيتين يخضع لسيطرة تنظيم ردود الفعل المعقدة في الغدة النخامية بالمخ. تبث تلك الشبكة، الحساسة بشدة للضغط النفسي والعواطف، دفقًا من المواد البيولوجية في الدورة الدموية. يمكن للعوامل العاطفية أن تؤثر مباشرةً على عمل الهرمون الجنسي الذكري بالسلب أو بالإيجاب – تمامًا مثلما يتأثر هرمون الأستروجين الأنثوي من المبيض أو الأدرينالين والكورتيزول والهرمونات الأخرى من الغدد الكظرية بالأحداث النفسية. ويصادف أنه في مجموعة صغيرة من المرضى، أظهر استئصال الغدة النخامية بالمخ نتائج إيجابية في علاج سرطان البروستاتا.

اكتسب التستوستيرون سمعة سيئة. فإن رغب المرء في الثناء على ثقة المرأة أو حزمها، سيقول إنها «بمئة رجل». وكتب أحد الصحفيين الكنديين في مدح مارجريت ثاتشر، ذات الإرادة الحديدية –أو عديمة الرحمة، اعتمادًا على وجهة نظر المرء– رئيسة الوزراء البريطانية السابقة، أن لديها

«تستوستيرون أكثر من الرجال بعشر مرات». وفي الوقت نفسه، كثيرًا ما يُلقى اللوم على التستوستيرون في القوة التدميرية للذكور وعدائيتهم. لكن الحقيقية أن المستويات العالية من الهرمون تعتبر أثرًا أكثر منها سببًا.

فقد تبين أن الانتصار أو الهزيمة لا يغيران التوازن الهرموني فحسب، بل يغيران أيضًا خلايا الدماغ في أحد أنواع الأسماك، وهي سمكة البلطي الإفريقي. «في حالة الهزيمة، تتقلص خلايا منطقة الوطاء في الأسماك، ويلي ذلك هبوط في هرمونات التكاثر وانكماش في الخصيتين». وإذا جرى التلاعب بالموقف بحيث تصبح الأسماك المهزومة مهيمنة، يحدث نمو هائل للخلايا في منطقة الوطاء المنتِجة لمحرِّر الهرمونات المنشِّطة للمناسل (GRH)، والذي يحفز بدوره الغدة النخامية على إنتاج الهرمونات التي تنشط الخصيتين. ومن ثم يزداد حجمهما، ويتحسن عدد الحيوانات المنوية للأسماك. «الأهم من ذلك أن هذا البحث قد أثبت بوضوح أن التغيرات السلوكية (أي بلوغ وضع الهيمنة) هي *التي تؤدي إلى التغيرات الفسيولوجية اللاحقة*».

قد يروق لنا كمخلوقات عالية التطور أن نعتقد بأن وظائف الغدد التناسلية لدينا ليست سريعة التأثر بتقلبات الحياة مثلما هي في سمكة البلطي الإفريقي الدنيء. لكن الواقع يخبرنا بأن مستويات الهرمونات البشرية، مثلها مثل تلك الموجودة في سمكتنا البلطية، ربما تلي التغيرات في أوضاع الهيمنة بدلًا من أن تسبقها. أجرى الأستاذ جيمس دابس، عالم النفس الاجتماعي بجامعة جورجيا في أتلانتا، بحوثًا حول التفاعل بين هرمون التستوستيرون والسلوك. وفقًا لتقرير صحيفة النيويورك تايمز، وبعد مراجعته لما يقرب من أربعين دراسة، توصل إلى أنه في حين أن هرمون التستوستيرون يزيد من الرغبة الجنسية، «فلا يوجد دليل على أنه يسبب العدوانية». ومن ناحية أخرى، يوجد دليل على أن الحالات العاطفية يمكنها أن تؤثر بسرعة في إنتاج التستوستيرون: «فحص د. دابس المشجعين قبل وبعد نهائي كأس العالم لكرة القدم عام 1994 بين إيطاليا والبرازيل مباشرةً. وفيما اعتبره د. دابس دليلًا على عبارة «ينعم بوهج المجد»، تعاظمت مستويات التستوستيرون بين البرازيليين المنتصرين، وتناقصت بين الإيطاليين البائسين». وفي الرجال المصابين بالاكتئاب، وُجد أن إفراز هرمون التستوستيرون والهرمونات

الأخرى المرتبطة بالأداء الجنسي قد تضاءل إلى حد كبير. لذا ربما يسهل تأثر الورم الهرموني مثل سرطان البروستاتا بالمؤثرات الكيميائية المرتبطة بالضغط النفسي والحالات العاطفية.

سرطان البروستاتا هو ثاني أكثر الأورام الخبيثة شيوعًا بين الرجال. لا يسبقه سوى سرطان الرئة. تتباين الحسابات، ولكن في الولايات المتحدة عام 1996 قُدِّر ما يصل إلى 317 ألف حالة جديدة، ونحو 41 ألف حالة وفاة. واليوم يجري تشخيص نحو 20 ألف حالة جديدة في كندا كل عام.

العوامل البيئية مهمة دون ريب. وُجد أن الرجال اليابانيين المهاجرين إلى هاواي والولايات المتحدة الأمريكية لديهم معدل إصابة أعلى مقارنةً بالمواطنين اليابانيين الذين مكثوا في اليابان: أعلى بمرتين ونصف. ولكن لدى تشريح جثث رجال غير مصابين بأي مرض سريري، عُثر على معدلات مماثلة للخلايا الخبيثة الخاملة، بغض النظر عن موقعهم الجغرافي. السؤال إذن لماذا تتطور تلك الخلايا الخاملة لتصبح أورامًا سرطانية في إحدى البيئات دون أخرى؟ ثمة استنتاجات توصَّل إليها علم الأوبئة تشير بقوة إلى أن الضغط النفسي يؤثر بصورة حاسمة في تحديد من يعاني ومن لا يعاني المرض والموت بسرطان البروستاتا.

ويزيد التاريخ الأسري من خطر الإصابة بسرطان البروستاتا، لكنه ليس عاملًا رئيسًا في أغلب الحالات. لم تُكتشف عوامل بيئية محددة مسببة للسرطان مثلما هو الحال مع السجائر وسرطان الرئة مثلًا. ربما تلعب الدهون المشبَّعة دورًا. وكذا التأثيرات الوراثية أيضًا، بالنظر إلى التفاوتات الجغرافية الواسعة. إذ ينتشر المرض بشكل أكبر في الدول الاسكندنافية، ويصل إلى أقل معدلاته في آسيا. العرق أو الفئة الإثنية الأشد عرضة للخطر في العالم هم الأمريكيون من أصول إفريقية، حيث يكون سرطان البروستاتا بينهم أكثر شيوعًا بمرتين منه بين الأمريكيين البيض.

«لدى الأمريكيين الإفريقيين معدل نجاة أقل من البيض في جميع مراحل سرطان البروستاتا عندما يُشخَّصون في سن صغيرة». قد يعزو المرء معدل الوفاة المرتفع هذا إلى نقص فرص الحصول على الرعاية الطبية المتاحة عمومًا في النظام الصحي بالولايات المتحدة لأفراد الطبقة المتوسطة الدنيا

والطبقة العاملة. ومع ذلك فإن الفروق العرقية في سرطان البروستاتا متغلغلة في جميع الطبقات. لم يثبت في أي حالة أن زيادة فرص الحصول على الرعاية الطبية كان له أي أثر إيجابي في النجاة. يمكن تفسير الاختلاف في معدلات الوفاة بالإشارة إلى العوامل الوراثية، غير أن السود في أمريكا يعانون سرطان البروستاتا بمعدل ستة أضعاف مقارنة بالسود في نيجيريا. وهنا أيضًا كان حضور سرطان البروستاتا «الصامت» من الناحية السريرية مماثلًا في المجموعتين.

والآن إذا كانت العوامل البيئية، مثل كم السعرات الحرارية، هي المسؤولة عن تطور المرض، فليس متوقعًا أن يرى المرء فرقًا كبيرًا في معدل الوفاة بين الأمريكيين البيض والسود. ولكن لم يُعزَ السبب إلى استهلاك الدهون المشبعة إلا في نحو 10 بالمئة فقط من المرضى البيض والسود. ومن ناحية أخرى، إذا كانت المؤثرات الوراثية حاسمة، فحريٌّ بمعدلات المرض بين السود في الولايات المتحدة والسود في نيجيريا أن تكون أقرب مما هي عليه.

إن الوضع التاريخي والاجتماعي والاقتصادي للسود في المجتمع الأمريكي قد مزَّق نسيج مجتمعات السود وعائلاتهم، وفرض ضغوطًا نفسية على الأمريكيين من أصل إفريقي أكثر من ذويهم من القوقازيين، ومن تلك التي يتعرض لها السود في إفريقيا. ثمة حسابات مماثلة لتزايد حالات ارتفاع ضغط الدم بين الأمريكيين السود. وارتفاع ضغط الدم هو إحدى الحالات المرتبطة بوضوح بالضغط النفسي. وفي حالة مماثلة أيضًا ارتفعت معدلات أحد أمراض المناعة الذاتية، وهو التهاب المفاصل الروماتويدي، بين السود في جنوب إفريقيا في الفترة التي عانوا فيها نظام الفصل العنصري، حيث هُجِّروا إلى المدينة من قُراهم الأصلية، رغم أنهم من الناحية المالية البحتة قد حصدوا مكاسب من هذا الانتقال. يبدو أن العامل الرئيس هو الضغوط النفسية للعيش في بيئة يسود فيها التمييز العنصري، ويُحرم فيها الناس بشكل مباشر وعلني من الاستقلال والكرامة، ويُنفَون بعيدًا عن أسرتهم التقليدية ومنظومة دعمهم الاجتماعي.

في إحدى النتائج المتسقة مع ما رأيناه فيما يخص العلاقة بين المرض والعزلة العاطفية، كان الرجال المتزوجون حاليًّا، مقارنةً بالمطلقين أو

الأرامل، أقل عرضة للإصابة بسرطان البروستاتا. وبينما لم أستطع العثور في الكتب المرجعية على أي بحث آخر يخص سرطان البروستاتا والعوامل النفسية، وجدتُ دراسة قارنت بين الرجال التابعين –أي الرجال الأقل قدرة على الإحساس بأنفسهم كأفراد بالغين معتمدين على ذواتهم- وبين مجموعة من الأصحاء. وقد خلصت الدراسة إلى أن الرجال التابعين كانوا أكثر عرضة للإصابة بعدد من الأمراض، بما فيها سرطان البروستاتا وأنواع أخرى من السرطان.

م الآثار العملية التي قد تترتب على إجراء مزيد من البحوث الداعمة للنهج الكُلاني ودمجها إلى النظرة الطبية لسرطان البروستاتا؟ أولًا، سينتهي الترويج للاختبارات والفحوصات المسببة للقلق، على الأقل حتى نحصل على دليل واضح على فائدتها. في يونيو من عام 1999، قررت دائرة البريد الأمريكية إصدار طابع يحث الناس على إجراء «فحوصات واختبارات سنوية» للكشف عن سرطان البروستاتا. وقد حذرت مجلة نيو إنجلاند الطبية من مغبة هذه الحماقة، مشيرة إلى أن تلك الرسالة «تتعارض مع الأدلة العلمية الحالية وفكر المجتمع الطبي». وثانيًا، لن نُخضِع عشرات الآلاف من الرجال لجراحة خطيرة قد تنطوي على أضرار، وتدخلات أخرى لم تُثبت فعاليتها دون إطلاعهم بشكل كامل على الالتباس الذي يكتنف علاج سرطان البروستاتا.

إن النهج الكُلاني الذي يركّز على الإنسان، وليس فحص الدم أو نتيجة التحايل، يراعي تاريخ حياة الفرد. يشجع الناس على التفكر بحرص في كل عامل ضغط يواجهونه، سواء كان بيئيًّا أو وليد الداخل. في هذا السيناريو قد يصبح تشخيص سرطان البروستاتا أشبه بنداء صحوة، وليس مجرد تهديد. إن الرجال الذين يجدون تشجيعًا على الاستجابة بتروٍّ، ومراعاة كل جانب من جوانب حياتهم، من المرجح أن تزيد فرصهم في النجاة، بغض النظر عن أي علاج يختارون تلقيه أو عدم تلقيه.

يبدو أن تحولًا قد طرأ على رودي جولياني، الذي شُخصت إصابته بسرطان البروستاتا في أبريل من عام 2000، في خضم سباقه في مجلس الشيوخ ضد هيلاري كلينتون. وُصف العمدة السابق لمدينة نيويورك بأنه رجل له أهدافه،

«حاكم آلي محصن ضد الإرهاق أو الخوف أو الشك في الذات»، والذي «كان يعيش بأخلاقيات العمل ويقتات عليها». كان منسجمًا مع دوره تمامًا، ينام أربع ساعات فقط في اليوم ويعمل في معظم الساعات العشرين الباقية. قيل عنه إنه لم يستطع الابتعاد عن مركز الأحداث. لا بد أن يكون له يد في كل شيء، لا بد أن يكون مسيطرًا، «وأن ينبح بالأوامر كالجنرال». فشل في إظهار التعاطف مع الأفراد والجماعات المكابدة وأظهر تحفظًا عاطفيًّا مفرطًا. بعد تشخيص حالته، أدلى باعتراف علني فريد.

قال مشيرًا إلى سرطانه:

> «إنه يدفعك إلى اكتشاف خبايا نفسك وما يهمك حقًّا وما ينبغي أن يهمك. أتعلمون؟ ذلك المكان الذي يكمن به جوهركم الحقيقي. وبسبب طول انخراطي في الحياة العامة والسياسة على ما أظن، اعتدت أن أعتقد أن جوهر ذاتي كان في السياسة، لكنه لم يكن كذلك. ثمة خير من وراء ذلك. الكثير من الخير. أعتقد أنني بتُّ أفهم نفسي بشكل أفضل بكثير. بتُّ أفهم ما يهمني بشكل أفضل. ربما لم أبلغ تمام ذلك بعد. ستكون حماقة مني أن أعتقد بأني سأبلغه في بضعة أسابيع. ولكنني أعتقد أني أسير في ذلك الاتجاه».

***

على عكس سرطان البروستاتا، حظي سرطان هرموني آخر يصيب الجهاز التناسلي -وهو سرطان الخصية- بقصة نجاح في عالم الأورام الطبي والجراحي. في حين أن هذا المرض النادر كان السبب الرئيس الثالث لوفيات السرطان بين الشباب، لم يعد الآن بين المراكز الخمسة الأولى حتى. وصل معدل الشفاء بالتشخيص المبكر إلى أكثر من 90 بالمئة. وكما يتضح من القصة الرائعة لبطل سباق «طواف فرنسا للدراجات الهوائية»، لانس أرمسترونج، فإن حتى الرجال المصابين بسرطان نقيلي متقدم لديهم أمل

في الشفاء التام من خلال توليفة متوازنة من الجراحة أو الإشعاع أو العلاج الكيميائي، والعزم.

عندما كنت أعمل في الرعاية التلطيفية، طلب مني أحد اختصاصيِّي الأورام بمعهد كولومبيا البريطانية للسرطان أن أتحدث مع فرانسيس، البالغ من العمر ستة وثلاثين عامًا والمصاب بسرطان الخصية، ليس لأنه بحاجة إلى دخول الرعاية التلطيفية، بل لأنه لا يحتاج إليها. على الرغم من أن الورم كان قد انتشر إلى بطن فرانسيس بحلول وقت تشخيصه، فلم يزل لديه مع العلاج المناسب فرصة تتعدى 50 بالمئة في التعافي التام. المشكلة أنه كان يرفض الخضوع لأي تدخل طبي. وقد أمل طبيب الأورام أن تساعد مهاراتي الاستشارية في تغيير الموقف السلبي لمريضه.

لم تهم فرانسيس الإحصاءات الطبية الواعدة بالشفاء، أو على الأقل بإطالة العمر. بنى رفضه على أسس دينية، بحجة أنه بما أن الرب قد أنزل به هذا المرض، فمن غير اللائق أن يقاومه. قال إنه لم يكن خائفًا من العلاج، إنما شعر ببساطة أن من الخطأ حتى التفكير فيه. حاولت تفهم عزوفه العنيد عن الحياة من كل زاوية خطرت ببالي. هل كان ذنبًا ارتكبه في الطفولة وشعر بأنه يستحق العقاب؟ كان واضحًا من الناحية الشخصية أن فرانسيس يعيش حياة منعزلة، دون عائلة أو أفراد مقربين. هل كان مكتئبًا؟ هل كان ذلك شكلًا من أشكال الانتحار الطبي؟

سألته، على الرغم من عدم إيماني، عما إذا كان ادعاء معرفته بمشيئة الرب تجديفًا. وإذا كان الرب قد ابتلاه فعلًا بالسرطان، أفلا يقصد به إذن أن يكون تحديًا لفرانسيس ليتغلب عليه ويتعلم منه؟ والأهم من ذلك، إذا كان الرب هو مصدر المرض، أليس هو أيضًا مصدر المعرفة الطبية التي جعلت الشفاء ممكنًا إلى حد بعيد؟

طرحتُ كل هذه الأسئلة، ولكن ركزتُ في الغالب على الاستماع إلى فرانسيس. وما سمعته كان صوت رجل مشوش ووحيد جدًّا ومصمم على رفضه إنقاذ حياته. تمسَّك بقوة بما اعتبره مبادئ دينية لا تتزعزع، على الرغم من المعارضة الصريحة التي أبداها شيوخ كنيسته لأفكاره. أخبروه

بأن تفسيره لتعاليم دينهم كان تمردًا غير مبرَّر. وعرضوا عليه مساعدته في العلاج والنقاهة، ولكن من دون جدوى.

فرانسيس هو واحد من ثلاثة أو أربعة رجال التقيتهم من مرضى سرطان الخصية. على الرغم من الارتفاع المتزايد في معدل الإصابة بهذا المرض الخبيث، فلا يظهر في الولايات المتحدة سوى ستة آلاف حالة جديدة تقريبًا كل عام، ونحو عُشر هذا العدد في كندا. لم تُجرَ دراسات للتاريخ العاطفي أو الشخصي للرجال الذين يُصابون بالمرض، إنما فقط لعواقبه النفسية. ثمة أوجه تشابه ملحوظة بين القليل الذي عرفته عن حياة فرانسيس والسيرة الذاتية المنشورة للانس آرمسترونج والتجارب التي خاضها روي، الشاب الذي عرفته من كثب وأجريت معه مقابلة في هذا الفصل.

لاحظ أرمسترونج لأول مرة تورمًا طفيفًا في خصيته في شتاء عام 1996، وبدأ يشعر بضيق تنفس غير معهود في الربيع التالي. أحس ألمًا في حلمتيه واضطر إلى الانسحاب من سباق فرنسا للدراجات عام 1997 بسبب السعال وألم أسفل الظهر. كتب لانس أرمسترونج يقول: «إن الرياضيين، وبالأخص راكبو الدراجات، بارعون في مهنة الإنكار». لم يكن حتى سبتمبر، عندما سعل دمًا وتضخمت خصيته لدرجة مؤلمة، أن سعى أخيرًا للحصول على الرعاية الطبية. وبحلول ذلك الوقت كان السرطان قد انتشر إلى رئتيه ومخه.

عندما يتعلق الأمر بسرطان الخصية، لا يقتصر الإنكار على الدرَّاجين وحدهم. فقد شعر روي ذو الثلاثين ربيعًا بتورم خصيته اليُسرى لأول مرة في منتصف عام 2000، لكنه أرجأ الذهاب إلى طبيب العائلة لثمانية أشهر بعد ذلك. وفي غضون ذلك الوقت لم يخبر أحدًا. يقول: «شعرت بالحرج قليلًا، والسبب الثاني كان خشيتي تلقِّي أخبار سيئة». وفقًا لدراسة بريطانية، فإن مثل هذا الإحجام عن طلب المساعدة ليس بالأمر غير المألوف مع هذا المرض: «التشخيص المتأخر شائع، ولكنه يرجع في الغالب إلى التأخر في طلب المشورة الطبية، وليس التأخر في التشخيص السليم من قِبل الطبيب... حيث بلغت أقصى فترة تأخير، بدءًا من ظهور الأعراض وحتى استئصال الخصيتين، ثلاث سنوات، بمتوسط تأخير 3.9 أشهر».

ربما يكره الشباب ببساطة تقبل فكرة وجود خطب ما بهم، ناهيك بأعضائهم الجنسية. بيد أن هذا يجافي المنطق: فإذا كانت المسألة تكمن في الذكورة، فالأرجح أن يركض الشباب طلبًا للمساعدة بمجرد أن يلاحظوا وجود خلل في الخصيتين، تمامًا مثلما يفعلون عندما يلاحظون تساقط شعرهم بسبب الصلع الوراثي مثلًا. والأكيد أننا حينما ننظر في حياة روي وسيرة لانس أرمسترونج، نرى دوافع أعمق لإنكارهم مرضهم.

عرفتُ روي وأسرته منذ كان في الثامنة من عمره. كنت طبيب الأسرة لعشرين عامًا حتى تركت عملي عام 2000. اكتشفتُ أن روي قد عولج من سرطان الخصية عندما مررت في زيارة سريعة لمكتبي القديم قبل بضعة أشهر. وبالصدفة، كان ذلك في نفس الظهيرة التي ذهب فيها إلى هناك لإجراء بعض الفحوصات. كنت في ذلك الحين قد قرأت بالفعل كتاب لانس أرمسترونج الذي بعنوان «الفكرة ليست في الدرَّاجة: رحلة عودتي إلى الحياة». كانت أوجه التشابه بين حياتَي روي ولانس غريبة. وربما كانت أوجه التشابه بين استجابة كل منهما للمرض أكثر من مجرد مصادفة.

قبل فترة طويلة من إصابة أرمسترونج بالسرطان، تبنَّى نمطًا من القمع العاطفي. وصفه أحد أصدقائه المقربين بأنه «أشبه بجبل جليدي. نرى قمته، لكننا لا نرى الجزء الأكبر بكثير الكامن تحت السطح».

لم يعرف أرمسترونج قط أباه البيولوجي، وتناساه بازدراء ملقبًا إياه بـ «مانح الحمض النووي». كانت أمه، ليندا مونيهام، ابنة لأبوين مُطلقين، وحيدة، وفي السابعة عشرة من عمرها عندما أنجبت ابنها الأول لانس. أقلع والد ليندا –السكير والمحارب القديم في فيتنام– عن الشرب في اليوم الذي وُلد فيه حفيده، وهو ما يُحسب له.

كانت ليندا شابة مفعمة بالحيوية ومستقلة فكريًّا، ولكن في ظل ظروفها كانت أيضًا متطلبة جدًّا وغير ناضجة. كتب لانس: «لقد ترعرعنا معًا، بطريقة ما». عندما بلغ لانس الثالثة من عمره، تزوجت ليندا مرة أخرى. وصف لانس زوج أمه تيري أرمسترونج بأنه «رجل ضئيل الحجم ذو شارب ضخم ولديه عادة ادعاء بلوغه نجاحات لم يحرزها في الواقع». اعتنق مبادئ المسيحية، وعلى الرغم من ذلك كان يضرب لانس بانتظام: «كان المجداف أسلوبه

المفضل في التأديب. إن عدت إلى المنزل في وقت متأخر، يخرج المجداف. ويضرب. إذا تحاذقت قليلًا، فعقابي المجداف. ويضرب. لم يكن يؤلمني جسديًا فحسب، بل نفسيًا أيضًا. لذلك لم أحب تيري أرمسترونج. أيقنت أنه مختل غاضب يسوقه التستوستيرون، ومن ثم كان انطباعي الأول عن المنظمات الدينية أنها صُنعت للمنافقين».

وعندما حان الوقت، عرف المراهق لانس أيضًا أن زوج أمه متورط في علاقات غرامية كثيرة. «كنت لأتعامل مع تيري أرمسترونج بالمجداف، لولا أن هناك شيئًا آخر لم يكن باستطاعتي التعامل معه». هكذا كتب لانس مشيرًا إلى خيانات زوج أمه. وانتهى الزواج.

كان روي كذلك ابنًا بكرًا، طفلًا لرجل عكر المزاج وعنيف اعتاد أن يضرب زوجته وابنه. «أتذكر شيئًا واحدًا فعله أبي. ربط معصميَّ وربط كاحليَّ ووضعني في الفناء الخلفي. لا أتذكر كم من الوقت تركني بالخارج هناك، ولكن ما أزعجني حقًّا كان الشاب الذي يسكن الطابق العلوي، والذي أخذ ينظر إليَّ من النافذة ويسخر مني. كيف عساه بحق الجحيم يفعل ذلك لطفل؟ من الواضح أن الأمر ما زال يزعجني حتى يومنا هذا».

- هل كانت أمك في الجوار؟

- أظنها كانت في العمل.

نظر روي إلى أمه باعتبارها حليفته. وتولَّى في وقت مبكر جدًّا دور الدفاع عنها ضد عنف زوجها.

عجزت والدة لانس أرمسترونج هي الأخرى عن حماية ابنها من التعرض للضرب. لا مناص من أن يتأذى الطفل بشدة في وضعٍ كهذا بسبب ذلك العجز، وأن يغضب ليس فقط من زوج أمه المعتدي بل أيضًا من الأم التي لم تستطع الحفاظ على سلامته. يبدو أن لانس لم يكن مدركًا لأي مشاعر من هذا القبيل، وذلك على ما أعتقد هو سبب نزوعه إلى الإنكار وتجاهل ألمه. يكتب لانس عن انجذابه في مراهقته لرياضات التحمل: «لطالما كنت بارعًا في مهرجانات المعاناة».

وكما يتضح من المقطع المقتبَس بالأعلى، فقد واجه مشقة أكبر في تحمل الخيانة التي تعرضتْ لها والدته من قِبل زوجها مقارنة بالمعاملة القاسية التي عاناها.

فالطفل من أم تعِسة يحاول الاعتناء بها من خلال قمع ألمه، لكيلا يثقِل كاهلها بعبءٍ أكبر. يتمثل دوره في أن يكون مكتفيًا ذاتيًا وليس «متطلِّبًا»، أتذكُر قمعي اللاإرادي للعرج بعد جراحة بسيطة في الركبة؟ عندما شُخِّص لانس ذو الربيع الخامس والعشرين بالسرطان، عجز تمامًا عن إخبار أمه مباشرةً. يكتب: «لم أكن قويًا كفاية لأعلن لأمي نبأ مرضي». وقبِل عرض صديقه المقرب بأن يُبلغها نيابةً عنه.

تصدت ليندا للتحدي بقوة وحب وشجاعة هائلين، ودعمت لانس خلال كابوس من توقعات الأطباء الملتبسة، وصعوبات اختيار العلاج المناسب، ومتاعب جراحة الدماغ والعلاج الكيميائي. كان رد فعل ابنها التلقائي لحمايتها نابعًا ليس من واقعه كبالغ، وإنما من تجارب الطفولة التي برمجت أسلوبه في التكيف.

يقول روي إن نتيجة علاقته بأبويه في الطفولة كانت أنه: «في الماضي كنت أضع سعادة الآخرين قبل سعادتي. كان تقديري لذاتي منخفضًا بشدة، لذلك اعتقدتُ على الصعيد الاجتماعي أنه إذا جعلت الآخرين سعداء، فسوف يقبلوني. كنت أحاول إرضاءهم، وأفعل ما ظننت أنهم يريدون مني فعله».

قلت: «كيف فعلتَ ذلك؟».

- بألا أكون صادقًا مع نفسي أو الآخرين. أن أتماشى دائمًا مع ما يريدون فعله، أو ألا أصارحهم إن قالوا شيئًا يؤذيني. كنت أترك الأمر يمر هكذا ببساطة.

قبل بضع سنوات بدأت مشروعًا مع شريكين. كنا جميعًا متساوين على حد علمي، لكن يبدو أن الطريقة التي أدارا بها العمل كانت تخصهما وحدهما. كانا المسيطرَين. لم يكن رأيي مهمًّا. أمور كهذه تؤذيني، لكني أخفيت استيائي ببساطة واحتفظت به بداخلي ولم أقل شيئًا. لم أدرِ كيف أتعامل معه.

أعتقد أن الفرق الجوهري بين لانس أرمسترونج وروي من ناحية وبين فرانسيس من ناحية أخرى هو أن لانس وروي كانا لديهما ما يكفي من الحب في حياتهما للاحتفاظ بالجزء من ذاتهما الذي سمح بتطوير روح قتالية. وعلى عكس فرانسيس، تلقى كلاهما أيضًا رعاية ودعم قويَّين من العائلة والأصدقاء بعد التشخيص.

تراودني شكوك قوية بأن القَمع يلعب دورًا في ظهور سرطان الخصية. وربما يكون من المجدي أن يُجري أحدهم دراسة يحاور فيها المرضى بعناية حول الطريقة التي يعيشون بها حياتهم من الناحية العاطفية. أحد الجوانب التي تستحق الاهتمام هو مستوى قرب المرضى وارتباطهم بأمهاتهم. ثمة تشابه غريب في المظهر –ولا أظنه من قبيل المصادفة– بين والدة لانس وزوجته كيك. في صورة لثلاثتهم مرفقة بمذكرات أرمسترونج اللافتة للانتباه، لا يسع المرء أن يميز بين المرأتين.

أحد الدروس التي استخلصها روي تلقائيًّا من تجربته مع السرطان كان رفضه أن يواصل جعل سلوكه إرضاءً للآخرين دون مراعاة تبعات ذلك على نفسه. يقول: «مهما أفعل الآن، فالأكيد أنه لن يكون إرضاءً لأحد غيري. ما الذي سيجعلني سعيدًا؟ هل هذا ما أريد فعله؟ لقد جربت الطريقة الأخرى في الماضي، ولم تفلح معي».

أُدخل فرانسيس الرعاية التلطيفية في النهاية. انتشر السرطان إلى كبده في نهاية المطاف، وتسبب في تضخم مؤلم لذلك العضو. وسرعان ما لاقى حتفه، في وقت أسرع مما توقعه الأطباء.

9

هل توجد «شخصية سرطانية»؟

كانت أواخر خريف عام 1990 عندما تزوج جيمي وليندا. أُقيم حفل الزفاف ني كنيسة صغيرة بوحدة الرعاية التلطيفية في مستشفى فانكوفر، قبل خمسة أيام من وفاته بسرطان الجلد الذي غزا عموده الفقري. كانت العروس حبلى في الشهر الثامن. اجتمع أفراد عائلة جيمي، باستثناء أبيه، ليشهدوا مراسم الحفل ويكونوا معه في أسابيعه الأخيرة. بعد شهر ويوم من إعلاني لوفاة جيمي، حضرتُ ولادة ابنتهما ستيل، تمامًا مثلما ساعدتُ في ولادة الحفلين الأكبر سنًّا لليندا من زواجها الأول.

لم يكن جيمي ميالًا للأطباء. وعلى الرغم من علاقته بليندا التي امتدت خمس سنوات، لم ألتقيه إلا في ذلك الصيف عندما زار العيادة بشكوى من آلام مستمرة في الظهر. اتضح أنها علامة على نقائل في العمود الفقري آتية من سرطان الجلد الذي استؤصل من ساقه قبل بضع سنوات. كانت الحالة الأصلية ميلانوما خبيثة، وهي ورم مهدِّد للحياة يحدث في الخلايا الصبغية في الجلد. غالبًا ما تصيب الميلانوما الشباب في مقتبل العمر، وهي مرض قاتل ذو ميل فوري للانتشار إلى أعضاء أخرى.

لم أتعرف إلى جيمي من كثب، ولكن من لقائنا الأول ترك فيَّ انطباعًا بأنه رجل محبوب للغاية. كان في الواحد والثلاثين من عمره، مهذبًا وودودًا،

ذا شعر بني فاتح بلون الرمل، وعينين زرقاوين، وبشرة تتناثر فيها النمش، ونظرة تأملية أيرلندية صادقة على وجهه.

يُعد تعرُّض ذوي البشرة الفاتحة للأشعة فوق البنفسجية عامل الخطر الجسدي الرئيس للإصابة بسرطان الجلد الخبيث. ويبدو أن الأفراد ذوي الأصول السلتية أكثر عُرضة للخطر، لا سيما إذا كانوا من ذوي الشعر الفاتح والنمش والأعين الزرقاء أو الرمادية، مثل جيمي. أما المجموعات العرقية ذات البشرة الداكنة، فإن مخاطر إصابتهم بسرطان الجلد ضئيلة: حيث معدل الإصابة بسرطان الجلد بين غير القوقازيين أقل بـ 45 مرة منه بين القوقازيين. يُجري أطباء الجلد المحليون «دورية وقاية من الشمس» على شواطئ فانكوفر في فصل الصيف كخدمة مجتمعية، حيث يحذرون المتشمسين من الخطر الذي يستجلبونه على أنفسهم. من المؤسف أن القمع ليس مشكلة يسهل علاجها مثل نقص الوقاية من الشمس. وقد كان سرطان الجلد الخبيث موضوع بعض الأدلة البحثية المقنعة التي تربط بين القمع وتطور السرطان.

تدهورت حالة جيمي بسرعة كبيرة، وزادها الإشعاع والعلاج الكيميائي سوءًا. في النهاية قال: «لقد نلت كفايتي. هذا جنون. أنا أحتضر، ولست مضطرًا في أثناء احتضاري إلى تحمل هذا التعب». بعد فترة وجيزة أصيبت ساقاه بالشلل، مما دفع الأطباء إلى إحالته إلى الرعاية التلطيفية. وجاءه الموت بعد أسابيع قليلة. ظلت ليندا وأطفالها مرضاي حتى تركت عملي قبل عامين. وعندما اتصلتُ بها مؤخرًا، وافقتْ على إجراء مقابلة من أجل هذا الكتاب، وكذا فعلت دونا، الشقيقة الكبرى لجيمي.

طلبت من ليندا أن تصف لي شخصية زوجها الراحل فقالت: «كان جيمي سهل المراس هادئ البال مسترخيًا. أحبَّ رفقة الناس. اضطررت إلى التفكير كثيرًا عندما سألتَني عن نوع الضغوط التي واجهها في حياته. لم يكن من النوع المضغوط. كان سكيرًا في الماضي. كان يحتاج إلى شرب الكثير من الخمر كل يوم. ولهذا كنت أرفض الزواج به طوال تلك السنوات، بسبب الشرب. كان يحتسي الجعة كل يوم، أربع زجاجات أو أكثر على الأقل».

- هل كانت شخصيته تتغير بأي شكل وهو ثمل؟

- فقط إذا شرب أكثر من ذلك، عندها يصبح هذا الدُّب الكبير المحب، الذي يريد أن يخبر الجميع بمقدار حبه لهم. عندما يثمل، لا يرغب إلا في معانقة الناس. والرجال أيضًا، كما لو أنهم إخوانه الأكبر سنًّا. كان يقول لأحدهم: «أنت صديقي»، ثم يشرع في البكاء.

لم يكن رجلًا عنيفًا، لم يكن غضوبًا أو مُحبَطًا. كان حزينًا. كان لديه الكثير من الحزن بداخله، ولا أدري السبب. لا يمكنني التفكير إلا في شيء واحد، سر ما كان يخفيه عن والده ولم يرغب في إخباري به. لم يستطع التحدث عنه. لم يتحدث عن عواطفه. لم يشارك أي شيء حقًّا.

- ما نوع الطفولة التي حظي بها؟

- نشأ في هاليفاكس. لطالما قال إنه كان طفلًا سعيدًا. بقي والداه معًا. كانا كلاهما مدمنًا للكحول، كان الأب مما فهمته يشرب كثيرًا لفترة طويلة. وأظن أن الأم بدأت حينما صار جيمي مراهقًا.

كما اكتشفت لاحقًا من دونا، شقيقة جيمي التي تكبره بعامين، كان أبوهما يشرب الخمر بكثرة طوال طفولتهما. أجريتُ مع دونا محادثتين.

في البداية قالت لي: «أشعر بارتياح بالغ حيال طفولتي. لدى إخوتي الأصغر نظرة مختلفة، لكني أؤمن بأني حظيت بتربية حسنة جدًّا، وأسرة سعيدة جدًّا.

كان جيمي صبيًّا مدللًا حقًّا، طفلًا سعيدًا. كنا نلعب طوال الوقت. نخرج إلى الفناء الخلفي ونتشاجر بمسدسات الماء، أتعرفها؟ تلك المسدسات الرشاشة الصغيرة. عندما أفكِّر فيه، أرى طفلًا بوجه سعيد حقًّا».

- كيف تتذكرين أبويكِ؟

- كان والدي هو ألطف وأطيب رجل عرفتُه. كان مرحًا للغاية. يمزح معنا، يخوض معارك طفولية معنا، يدغدغنا طوال الوقت. اعتاد تقليد الأصوات، اعتاد التحدث مثل بطوط. كان الناس يزوروننا ويقولون: «اجعلي أباكِ يتحدث مثل البطة».

كان شخصًا فكاهيًّا، ولكن عليك أن تستمع إليه. كنا نمزح معه، لكن عندما يتحدث كأب، تهتز الأرض، عندما ينزعج أو يغضب، عندما يطفح به الكيل، علينا أن نتوقف. إذا طلب منا فعل شيء، لا بد أن نفعله.

- لماذا؟

- لأنك ستتعرض للعقاب والصراخ إن لم تفعل.

تزوجت دونا وانتقلت إلى بلدة مختلفة عندما بلغت التاسعة عشرة من عمرها. بقي جيمي مع والديه حتى سن الثانية والعشرين. وفي رحلة كان يُفترض بها أن تكون زيارة قصيرة إلى فانكوفر لرؤية صديق، اتصل ليخبر والديه بأنه لن يعود. ولم يعُد، إلا في زيارات نادرة.

قالت: «اتصل ببساطة قائلًا إنه لن يعود إلى المنزل. ترك خطابًا في درج مكتبه العلوي يوضح الأمر».

- لقد فر.

- نعم. والسبب في ذلك... أتذكر قوله لأبوَي: «اسمعا، لا أستطيع إخباركما لأني لا أريد أن أجرحكما».

- إذن كان لدى جيمي شعور بأن والديه سيتأذيان إن صار هو شخصًا مستقلًا.

- لقد دُفعنا جميعًا إلى الشعور بذلك. بالنسبة إلى أمي، كان أطفالها هم عالمها. كانوا كل شيء بالنسبة إليها. حاولتْ أن تبذل قصارى جهدها، لكنها كانت متعلقة بنا بشدة، لدرجة ألحقتْ بي الضرر حتى، ولكن المتضرر الأكبر كان جيمي. بالنظر إلى الماضي، أدركت أننا كنا متعلقين بها أكثر مما ينبغي، لدرجة غير صحية. أعتقد أن المرء في مرحلة ما عليه أن يطلق سراح أطفاله. أظن أنها لم تستطع فعل ذلك من الناحية العاطفية. شعرتُ بالمسؤولية، وكذلك شعر جيمي في كثير من الأحيان. عادةً ما يحاول أبواك تفهم انفصالك وقبوله مع تقدمك في السن.

- هروب جيمي إلى الساحل الغربي جسديًا لا يعني أنه استطاع تحرير نفسه داخليًا.

- بالطبع لم يفعل، لا. تملَّكه شعور مريع. كان يشعر بأسى شديد جدًّا. لقد فعلها، لكنه اضطر إلى العيش مع هذه المشاعر.

وفقًا لدونا وجد جيمي عبء ألم والديه العاطفي لا يُطاق حتى نهاية حياته. «قبيل عطلة عيد العمال، هاتفني أخي. أخبرني بأمر الميلانوما، ثم قال: «أتعلمين يا دونا؟ لا يمكنني الاتصال بأمي وأبي، لا يسعني التعامل مع ذلك عاطفيًّا. هل يمكنك فعلها نيابةً عني؟»». قلت له بالطبع سأفعل. فقال: «احرصي فقط على ألا يهاتفاني بسيل من الحزن والبكاء وما إلى ذلك، لأنني لن أحتمل ذلك»».

أشرت إلى دونا أن ما تتذكره عن طفولة جيمي «الوجه السعيد حقًّا» ربما لم يكن وجهًا حقيقيًّا من الأساس. ربما كانت، بصفة جزئية على الأقل، آلية تكيُّف تبناها جيمي كرد فعل على مخاوف والديه وغضبهما. كانت وسيلة لتفادي الأثر المؤلم لعواطفهما في نفسه. لقد نجح في تهدئة مشاعر أبويه من خلال نفي مشاعره.

اتصلت بي دونا مجددًا بعد عدة أيام. استحضرت محادثتنا العديد من الذكريات. وكانت بحاجة إلى التحدث.

قالت: «بعد حديثنا، أكملت يومي كما أفعل عادةً. ثم ذهبت إلى الفراش في الليل، وفي الرابعة صباحًا تقريبًا استيقظت. لن تصدق كم الأشياء التي انكشفت أمامي وأخذت تتدفق إلى ذهني.

أخبرتني أن ليندا قالت إن جيمي كان يتملكه حزن شديد، ربما له علاقة بوالده. لقد عرفتُ جيمي حق المعرفة، ونعم، كان بداخله حزن شديد. يمكنني العودة إلى البداية، وتذكُّره عندما كان صغيرًا. المرة الوحيدة التي استطعت أن أتذكر فيها والدي وهو يفعل شيئًا مع أخي كانت قليلًا من اللعب الخشن على سجادة غرفة لمعيشة. أرى بعضًا من الابتسامات والضحكات. لكن بخلاف ذلك، لم يشارك قط في حياة جيمي. لم يذهب قط إلى مباريات الهوكي. ولم يلعب معه قط والغريب أن أبانا كان يقول دائمًا إنه يحبنا، لكنه آذانا كثيرًا. لدي أخ بدين نوعًا ما، كان يسخر منه أمام الناس. يقول له بعض الأشياء الفظيعة. وكذلك فعل مع جيمي.

لم أغضب من والدي قط.

لطالما تسترتُ عليه، ربما عن عمد وربما بطريقة غير واعية. في تلك الليلة، استشطت غضبًا فجأة. بدأت أفكر في جيمي وفي كل الأشياء التي حدثت خلال نشأته وطوال حياته. ظللت أفكر في كل المرات التي رفع فيها أبي صوته. إذا حاول إصلاح شيء ما ولم يكن بحوزته الأدوات المناسبة، أو

سقطت البراغي منه على الأرض، أو إذا لم يحدث شيء بالطريقة التي يُفترض أن يحدث بها بالضبط، كان يصرخ ويصيح، وكنا نخاف. كنا نلوذ بالفرار ببساطة. وفجأة تذكرت صوته وصراخه وصياحه، وفكرت أن المرء لا ينبغي أن يعيش بتلك الطريقة. ما كان يُفترض بنا أن نشهد ذلك.

حتى في نهاية حياة جيمي... أتى والدي لزيارة جيمي. قادوا السيارة من هاليفاكس. الواقع أن أختي وزوجها هما اللذان تكفَّلا بكل القيادة، أما والدي فقد أخذ يشرب طوال الطريق. وصلوا قبل أسبوعين من دخول جيمي الرعاية التلطيفية. دلف أبي إلى الشقة وجلس هناك يرتشف جعته، عازفًا حتى عن الذهاب إلى غرفة النوم لرؤية ابنه، لرؤية جيم.

حاولنا التستر عليه. لم نرد لجيمي أن يدرك أن أباه لا يحتمل رؤيته -كان خائفًا من رؤية الشكل الذي صار عليه- وأخيرًا، اكتسب أبي ما يكفي من الشجاعة ودخل الغرفة وسأل: «جيمي، هل أحضر لك شيئًا؟ هل ثمة شيء تريده؟».

خرج والدي ومضى إلى الثلاجة، وفجأة قال: «كيف لا يوجد عصير تفاح هنا؟ لا أصدق هذا!». وبدأ يرغي ويزبد في وجوه كل من في الشقة. كنا مذهولين. ثم وضع معطفه وهرع إلى المتجر وعاد حاملًا عصير التفاح من أجل جيمي.

ثم عاد والدي إلى منزله، وكان ذلك كل شيء. لم يزُر جيمي في المستشفى قط. عاد إلى هاليفاكس ولم يره مجددًا. والطريف أن... حسنًا، أنت تعلم أن ليندا كانت حبلى بإستيل وأنهما تزوجا قبل خمسة أيام من وفاة جيمي. كان في شبه غيبوبة ذلك اليوم».

- نعم، كان يغشاه النعاس. فقد اضطررنا إلى ضخ مزيد من مسكنات الألم في جسمه بسرعة.
- حسنًا، أحد الأشياء التي لا أزال أتذكرها هو هذا... بعد الزفاف كان واهنًا، لكنه رفع يده عاليًا وقال: «انظري، انظري، *تمامًا مثل خاتم أبي*». وكان خاتم زفافه مطابقًا لخاتم أبي. من الطريف أن تلك كانت الكلمات التي خرجت من فم جيمي. *تمامًا مثل خاتم أبي*.

لوحظ أسلوب جيمي في التكيف العاطفي بين مرضى سرطان الجلد على نطاق واسع. في دراسة متقنة عام 1984، قاس الباحثون الاستجابات الفسيولوجية لمحفزات الضغط النفسي في ثلاث مجموعات: مرضى سرطان الجلد، ومرضى القلب، ومجموعة من الأصحاء. أوصلوا كل شخص بجهاز

ديرموغراف، وهو جهاز يسجل تفاعلات الجسم الكهربائية في الجلد فيما ينظر الشخص إلى سلسلة من الشرائح المصوَّرة المصمَّمة لإثارة الضيق النفسي. عرضت الشرائح عبارات ذات طابع مهين أو بغيض أو كئيب، مثل «أنت قبيح» أو «لا تلومن إلا نفسك». وفي أثناء تسجيل الاستجابات الفسيولوجية للمشاركين، طُلب منهم تسجيل وعيهم الذاتي بمدى الهدوء أو الانزعاج الذي شعروا به عند قراءة كل عبارة. وهكذا حصل الباحثون على نسخة مطبوعة من المستوى الفعلي للضيق الذي عاناه الجهاز العصبي لكل مشارك وفي الوقت نفسه تقرير يوضح تصوره الواعي للضغط النفسي.

كانت الاستجابات الفسيولوجية للمجموعات الثلاث متطابقة، ولكن تبين أن مجموعة مرضى سرطان الجلد تنكر على الأغلب أي وعي بالقلق أو الانزعاج من الرسائل المعروضة على الشرائح. «وجدتْ هذه الدراسة أن مرضى سرطان الجلد قد أظهروا ردود فعل وميولًا تكيفية يمكن وصفها بأنها إشارة على «القمع». اختلفت ردود الفعل هذه بشكل كبير عن مرضى القلب والأوعية الدموية، الذين يمكن أن يُقال إنهم أظهروا نمطًا عكسيًّا في التكيف».

كانت مجموعة الميلانوما هي الأشد قمعًا بين المجموعات الثلاث، ويبدو أن مرضى القلب كانوا هم الأقل من حيث الكبح. (رد فعل مرضى القلب ليس صحيًّا كما قد يبدو، إذ ثمة وسط صحي بين القمع وفرط التفاعل). أظهرت هذه الدراسة أن الناس يمكن أن يتعرضوا لضغوط عاطفية مع تأثيرات جسدية قابلة للقياس في أجهزة جسدهم، على الرغم من قدرتهم على عزل مشاعرهم في مكان بعيد كل البعد عن الإدراك الواعي.

كانت الميلانوما السبب الأول في طرح فكرة الشخصية «ج»، وهي مزيج من السمات الشخصية التي يُرجَّح أن توجد في الأفراد الذين يُصابون بالسرطان مقارنة بأولئك الذين يبقون محصَّنين منه. الأفراد من النوع «أ» يوصَفون بأنهم «غاضبون، ومتوترون، وفي عجلة من أمرهم، وعدوانيون، ومسيطرون»، ويكونون أكثر عرضة للإصابة بأمراض القلب. ويمثِّل النوع «ب» الإنسان المتزن، المعتدل، الذي يمكنه الإحساس بالعواطف والتعبير عنها دون أن يكون مدفوعًا، ودون فقدان ذاته في انفجارات عاطفية لا يمكن السيطرة عليها. أما الشخصيات من النوع «ج» فقد وُصفت بأنها «متعاونة

لأقصى حد، وصبورة، وسلبية، ومنفتحة، وتفتقر إلى الحزم وتوكيد الذات... قد يتشابه الأفراد من النوع «ج» مع الأفراد من النوع «ب»، إذ يبدو كلاهما سهل المراس ومبهجًا، ولكن، بينما يعبِّر النوع «ب» عن الغضب والخوف والحزن وباقي العواطف، فإن النوع «ج» يكبح أو يقمع العواطف «السلبية»، وبالأخص الغضب، فيما يكافح من أجل الحفاظ على مظهر قوي وسعيد».

هل يُعقل أن يكون المرض هو ما يغيِّر شخصية المرء ويؤثر في أسلوب تكيفه بطريقة قد لا تعكس الأسلوب الذي كان يتبناه في حياته قبل ظهور المرض؟ توضح قصة جيمي، التي روتها زوجته وأخته، أن القمع و«اللطف» ونقص العدوانية هي أنماط دائمة، وأن أصولها تعود إلى الطفولة المبكرة. وكما لاحظ الباحثون الذين درسوا استجابات الضغط الفسيولوجي لدى مرضى سرطان الجلد، فإن الناس «عندما يُشخَّصون بالمرض -سواء كان سرطانًا أو مرضًا في القلب- لا يغيرون أساليبهم المعتادة في التكيف مع الضغط النفسي، ولا يتبنون فجأة أنماطًا جديدة، بل إنهم، تحت الضغط النفسي، عادة ما يحشدون مواردهم ودفاعاتهم الراهنة».

كيف تُترجَم الضغوط النفسية إلى آفات جلدية خبيثة؟ يمكن للعوامل الهرمونية أن تفسر حقيقة أن عدد أورام الميلانوما يتزايد في مناطق الجسم غير المعرَّضة لأشعة الشمس، إذ اقترح الباحثون أن الهرمونات قد تسبب تهيجًا مفرطًا في الخلايا الصبغية.

عُثر على سمات الشخصية «ج» المرتبطة بسرطان الجلد في دراسات العديد من السرطانات الأخرى أيضًا. ففي عام 1991، درس الباحثون في ملبورن بأستراليا ما إذا كانت سمات الشخصية تمثل عاملَ خطر في الإصابة بسرطان القولون أو المستقيم. قورن أكثر من ستمئة فرد، ممن شُخِّصوا حديثًا، بمجموعة متطابقة من الأصحاء. وتبين أن مرضى السرطان كانوا أكثر ميلًا بدرجة ملحوظة إلى إظهار السمات التالية: «عناصر إنكار وقمع الغضب والعواطف السلبية الأخرى... المظهر الخارجي لشخص «لطيف» أو «طيب»، وكبح ردود الفعل التي قد تضايق الغير، وتفادي النزاعات... وقد قيس خطر الإصابة بسرطان القولون أو المستقيم في هذا النموذج بمعزل عن عوامل الخطر المكتشَفة سابقًا بما فيها الحمية الغذائية واستهلاك الخمور والتاريخ

الأسري». كانت التعاسة في الطفولة أو الكِبر التي أبلغ عنها المرضى أنفسهم أكثر شيوعًا بين حالات سرطان الأمعاء. وقد لاحظنا بالفعل سمات مماثلة بين مرضى سرطان الثدي وسرطان الجلد وسرطان البروستاتا واللوكيميا والأورام الليمفاوية وسرطان الرئة.

في عام 1946، بدأ الباحثون في جامعة جونز هوبكنز دراسة مستقبلية طويلة الأمد لتحديد ما إذا كان ممكنًا للخصائص النفسية البيولوجية لدى الشباب أن تساعد في التكهن باحتمالية الإصابة بالمرض مستقبلًا. وعلى مدار الأعوام الثمانية عشر اللاحقة، خضع 1130 طالبًا ذكرًا أبيض مسجلًا في كلية الطب لاختبار نفسي. استُجوبوا فيما يتعلق بأساليب التكيف العاطفية وعلاقاتهم مع الأبوين في الطفولة. وسُجلت البيانات البيولوجية كذلك، بما فيها النبض وضغط الدم والوزن ومستويات الكولسترول، وكذا عادات مثل التدخين وشرب القهوة واستهلاك الكحوليات. بحلول نهاية الدراسة، كان جميع المشاركين تقريبًا قد تخرجوا وأصبحوا أطباء، تراوحت أعمارهم من ثلاثين إلى أكثر من ستين عامًا. وفي هذه المرحلة، روجعت حالتهم الصحية، معظمهم كانوا بصحة جيدة، لكن وُجد أن البقية بأعداد متساوية تقريبًا قد أصيبوا بأمراض القلب أو ارتفاع ضغط الدم أو الاضطرابات النفسية أو السرطان أو أقدموا على الانتحار.

عندما فكر الباحثون في المشروع، لم يتوقعوا اكتشاف علاقة بين السرطان وأي عوامل نفسية موجودة مسبقًا. ومع ذلك، كشفت النتائج عن وجود هذه العلاقة. كانت أوجه التشابه مذهلة بين الأفراد الذين شُخِّصوا بالسرطان والمجموعة الانتحارية: «يبدو أن نتائجنا تتفق مع النتائج التي تفيد بأن مرضى السرطان «يميلون إلى إنكار الرغبات والعواطف المتضاربة وقمعها بدرجة أعلى من الآخرين»».

وجد الباحثون أنه في الأغلبية الأصحاء وفي كل فئة من المرضى كان هناك مجموعة مميزة من السمات النفسية. سُجلت أدنى درجات الاكتئاب والقلق والغضب لدى طلاب الطب الذين أصيبوا بالسرطان فيما بعد. وأفيد أيضًا بأنهم كانوا الأكثر بُعدًا من والديهم. ومن بين جميع المجموعات، كان مرضى

السرطان هم الأقل قدرة على التعبير عن المشاعر. هل يعني ذلك أن هناك «شخصية سرطانية»؟ لا يمكن اختزال إجابة هذا السؤال في «نعم» أو «لا».

يوضح سرطان الجلد عبثية اختزال الأسباب وتبسيطها إلى أصل واحد. فلا يمكن للبشرة الفاتحة وحدها أن تكون سبب هذا السرطان، حيث لا يصاب جميع أصحاب البشرة الفاتحة بالميلانوما. ولا يمكن أن يكون ضرر الأشعة فوق البنفسجية على الجلد كافيًا في حد ذاته، لأن قلة قليلة فقط من ذوي البشرة الفاتحة الذين يتعرضون لحروق الشمس ينتهي بهم الأمر إلى الإصابة بسرطان الجلد. ولا يمكن للقمع العاطفي وحده أن يفسر جميع حالات سرطان الجلد، إذ لا يصاب جميع الأشخاص الذين يقمعون عواطفهم بسرطان الجلد أو أي سرطان آخر. لكن مزيجًا من هذه العوامل الثلاثة يمكن أن يكون مميتًا.

وفي حين لا يسعنا القول إن ثمة نوعًا معينًا من الشخصية يسبب السرطان، فإن بعض سمات الشخصية تزيد بالتأكيد من الخطر، لأنها من المرجح أن تولِّد ضغوطًا فسيولوجية. يؤدي القمع والعجز عن قول لا وقلة الوعي بالغضب إلى زيادة احتمالية أن يجد المرء نفسه في مواقف يعجز فيها عن التعبير عن عواطفه ويتجاهل فيها الآخرون احتياجاته ويستغلون لطفه. تستحث هذه المواقف الضغط النفسي، سواء كان المرء واعيًا بها أم لا. وبينما تتكرر وتتراكم على مر السنين، يصبح لديها القدرة على الإخلال بتوازن الجسم وبجهازه المناعي. إن الضغط النفسي –وليس الشخصية في حد ذاتها– هو الذي يقوض التوازن الفسيولوجي والدفاعات المناعية، مما يهيئ الجسم للإصابة بالمرض أو يقلل من مقاومته له.

الضغط الفسيولوجي إذن هو الرابط بين سمات الشخصية والمرض. ثمة سمات معينة –تُعرف أيضًا بأساليب التكيف– تضاعف من خطر الإصابة بالمرض عن طريق تعزيز احتمالية وقوع ضغط نفسي مزمن. والمشترك بينها جميعًا هو ضعف القدرة على التواصل العاطفي. تُترجم التجارب العاطفية إلى استجابات بيولوجية ضارة عندما يُمنع البشر من تعلم كيفية التعبير عن مشاعرهم بفعالية. وهذا التعلم يحدث –أو لا يحدث– خلال سنوات الطفولة.

الطريقة التي ينشأ بها الناس تشكل علاقتهم بأجسادهم ونفسياتهم. تتفاعل سياقات الطفولة العاطفية مع الطباع الفطرية لتسفر عن سمات الشخصية. إز أغلب ما نسميه بالشخصية ليس مجموعة ثابتة من السمات، وإنما آليات تكيف اكتسبها المرء في مرحلة الطفولة. ثمة فرق مهم بين *السمة المتأصلة*، المتجذرة في الفرد بغض النظر عن بيئته، وبين *الاستجابة إلى البيئة*، نمط السلوكيات الذي يتطور لضمان النجاة.

ما نعدُّه سمات راسخة قد لا يكون أكثر من أساليب دفاعية معتادة، جرى تبنيها دون وعي. غالبًا ما يتماهى الناس مع هذه الأنماط الاعتيادية، معتقدين أنها جزء لا يتجزأ من ذاتهم. حتى إنهم قد يضمرون كراهية تجاه صفات معينة في ذواتهم، مثلما يصف أحدهم نفسه بأنه «مهووس بالسيطرة». في الواقع، لا توجد نزعة بشرية فطرية للسيطرة. ما يوجد في الشخصية «المسيطرة» إنما هو قلق شديد. فالرضيع أو الطفل الذي يشعر بأن احتياجاته غير ملباة قد يطور أسلوب تكيف هوسي، ويغدو قلقًا بشأن كل تفصيلة. عندما يخاف شخص كهذا من عجزه عن التحكم في الأحداث، يعاني ضغطًا نفسيًّا هائلًا. فهو يعتقد على مستوى اللاوعي أنه لن يقدر على ضمان تلبية احتياجاته إلا من خلال السيطرة على كل جانب من جوانب حياته. ومع تقدمه في السن، يمتعض منه لآخرون وينتهي به الحال كارهًا لنفسه بسبب ما كان في الأصل استجابة يائسة للحرمان العاطفي. فالدافع للسيطرة ليس *سمة فطرية* إنما هو *أسلوب* تكيف.

القمع العاطفي هو أيضًا أسلوب تكيف وليس سمة شخصية جامدة. لم يستطع أحد من البالغين الذين أجروا مقابلات من أجل هذا الكتاب أن يجيب بالإيجاب عندما طُرح عليه السؤال التالي: عندما كنت تشعر في طفولتك بالحزن أو الغضب أو الانزعاج، هل كان لديك شخص يمكنك التحدث إليه حتى وإن كن هو أو هي من أثار عواطفك السلبية؟ في ربع القرن من ممارستي السريرية، بما فيها عقد كامل من العمل في الرعاية التلطيفية، لم أسمع قط أحدًا مصابًا بالسرطان أو بأي مرض أو حالة مزمنة يجيب بنعم عن هذا السؤل. لقد تكيف العديد من الأطفال على هذا النحو ليس بسبب أي أذى أو سوء معاملة مقصودة، ولكن بسبب أن الوالدين نفسهما كانا ينزعجان

من القلق أو الغضب أو الحزن الذي يحسانه في أطفالهما، أو كانا ببساطة مشغولين أكثر من اللازم، أو منهكين أكثر من اللازم لدرجة لا تسمح لهما بالاهتمام. كانت عبارة «أبي وأمي يريدان مني أن أكون سعيدًا» هي الصيغة البسيطة التي برمجت عديدًا من الأطفال –الذين أصبحوا فيما بعد بالغين مضغوطين ومكتئبين أو مرضى جسديًّا– على أنماط طويلة المدى من القمع.

***

شُخصت حالة جيل، مخرجة الأفلام القاطنة بشيكاغو، بسرطان المبيض المتقدم، وتعترف بأنها إحدى السعاة إلى الكمال. أخبرتني صديقة لها بأنها شعرت بالقلق خلال العام الذي سبق التشخيص حينما رأت جيل تمر بتجربة مسببة للضغط.

قالت الصديقة: «شعرت في ذلك الوقت بأن هذا سيخلِّف أكثر من مجرد ضرر نفسي».

منذ نحو ثلاث سنوات، بدأت جيل مشروعًا تعاونيًّا لفيديو. لم تُبلِ شركة الإنتاج حسنًا. وأصبح الأمر كابوسًا مروعًا بالنسبة إليها، لأن توقعاتها تركزت على إنجاز المشروع. وما دامت قد التزمت به، لا بد أن يكون ذا جودة عالية جدًّا. أمضت ثلاثة أو خمسة أضعاف الوقت الذي تؤجر عليه في العمل. كان ذلك في رأيي الدافع الأكبر لجسد جيل الذي جعله يقول: لا أطيق ذلك.

كانت مقابلتي مع جيل نفسها مزيجًا باهرًا من الصدق المجرد والإنكار النفسي. حكت جيل قصصًا كاشفة عن ضغوط علاقاتها بوالديها وزوجها، دون أن تتقبل ولو للحظة واحدة أن هذه الضغوط ربما ساهمت في نشأة مرضها. كانت في الخمسين من عمرها، تتحدث ببلاغة ووضوح، وتميل إلى الخوض في متاهة من التفاصيل حول كل موضوع. أحسستُ بأن تلك كانت طريقتها في ترويض القلق. بدت غير مرتاحة مع أقصر لحظات الصمت في المحادثة. في اجتماعنا الأول، كانت جيل لا تزال تضع شعرًا مستعارًا، بعد أن فقدت شعرها بسبب العلاج الكيميائي.

كانت قد تبنت دور الأمومة في زواجها. عندما عانى زوجها كريس مرضًا حادًّا وموهنًا، اعتنت به باهتمام وتفانٍ أمومي، حيث كانت تتصل بالأطباء،

وتسهر على رعايته ليلًا، وتضمن أنه يحظى برعاية جيدة خلال الفترة التي تذهب فيها إلى عملها. وطوال هذا الوقت كانت تعد عرضًا تنوي تقديمه في مؤتمر وطني، وتجري برنامج دراسة مسائيًا لصانعي الأفلام الطامحين. كانت تشرف على هذه المجموعة في الليلة التي سبقت سفرها لحضور المؤتمر، واضطرت إلى حزم أمتعتها في الثانية صباحًا لتلحق برحلة مبكرة.

لم تكد تمضي فترة وجيزة من مهمة رعاية زوجها حتى شهدت الأعراض الأولى لسرطان المبيض. وكان التناقض بين رعاية الزوج ورعاية الزوجة هائلًا. لم يجرِ كريس أي استفسارات طبية نيابةً عنها على مدار عدة أشهر، كما لو أنه غافل عن ألمها وفقدانها لوزنها، على الرغم من حقيقة أنها كانت «تعيش على المسكنات». تقول: «كان الغرباء في المصاعد يسألونني إن كنت بخير». وكما يحدث غالبًا مع سرطان المبيض، استغرق الأطباء عدة أشهر للتوصل إلى التشخيص الصحيح.

أول ما قالته جيل عندما علمت بإصابتها بسرطان المبيض كان: «يا لزوجي المسكين، يا لأمي المسكينة. إنني دعامة القوة بالنسبة إليهما. شعرتُ بالأسف تجاههما لأنهما سيفقدان ذلك الدعم».

شرح طبيب الأورام النسائية للزوجين أن احتمالية العيش لأكثر من خمس سنوات ضعيفة، نظرًا إلى المرحلة التي شُخص فيها مرض جيل. غاص كريس في حالة إنكار.

تقول جيل: «لم يبدُ عليه أنه سمع ما قيل. كنت في حاجة إلى الحديث عما سمعت توًّا، ولكن في طريق عودتنا إلى المنزل بالسيارة ظل كريس يردد كيف أننا سنقاتل هذا المرض ونهزمه. لم يتذكر فعلًا ما قاله الاختصاصي عن احتمالية النجاة، لم يفعل قط. لقد غفل عن الأمر تمامًا».

في الوقت الذي واجهتْ فيه جيل عمليتها الجراحية، كان عليها أن تتعامل مع قرار والدتها بالبقاء معها. «لم تكن تنوي المجيء. فقد اعتادت أن تكون هي محل الاهتمام، ولا تحب السفر جوًّا. لكن الجميع قالوا لها «ابنتك ستدخل المستشفى ولن تكوني معها؟» لذا استجابةً لذلك، كان عليها أن تكون أمًّا وتأتي فعلًا».

قلت: «إذا كنتِ ترين الأمر هكذا، فكيف شعرتِ حيال مجيئها؟».

- كنت سعيدة في البداية لأنها لن تأتي. لم أرد حضورها. كنت أعلم أنها تستغلني لتبدو كأم طيبة، لكنني كنت من يعتني بأمي دائمًا منذ وفاة أبي؛ هو طلب مني ذلك.

- ظني أنك كنت تعتنين بها منذ يوم ولادتك.

- حسنًا، منذ يوم ولادتي. اعتاد والدي أن يقول لي: أتعلمين؟ دعيها وشأنها. كان يبالغ في حمايتها، رغم حنقه منها، لكنه أحبها حقًّا بطريقة جنونية نوعًا ما. كان يتحلَّى أيضًا بقدر هائل من التفهم لحدودها، وأعطاها مساحتها قدر المستطاع على حساب نفسه.

ذات مرة أتى والدي ليصطحبني من المطار بعد عودتي من رحلة عمل كبيرة في جنوب شرق آسيا. كنت منهَكة. كانت أمي معلمة، وأراد أبي أن يقلني إلى مدرستها. قال: «حتى يتسنى لك أن تلقي التحية على أمك، إنها تنتظرك هناك مع جميع تلاميذها». قلت: «لا يا أبي، لا أريد الذهاب. أنا متعبة جدًّا. لقد مررت برحلة استنزفتني عاطفيًّا. أريد فقط أن أرتاح وأكون بمفردي». «هلا فعلتِ ذلك من أجل والدتك؟ تعلمين أنها تتطلع حقًّا إلى ذلك». ثم أوصلني فعلًا إلى هناك، وكانت تنتظرني مع جميع الأطفال، وجعلني أضع قبعة الأرز التي اشتريتُها لأسليهم. كانت موضع الاهتمام هكذا طوال حياتها، وقد علم أنها بحاجة إلى هذا النوع من التبجيل. أمكنها أن تُظهر للأطفال أن ابنتها كانت مسافرة، والآن عادت لتراها. وقد لعبتُ ذلك الدور إرضاء لأبي، وكنت ألعبه طوال الوقت.

- أليس الأحرى أن يشجع الأب أطفاله على توكيد ذاتهم، بدلًا من أن ينغمسوا في رعاية أحدهم بتلك الطريقة؟ جيل، لقد أُصِبْتِ بهذا المرض الخطير، وعلى وشك الخضوع لعملية خطيرة، ووالدتك لا تزورك فحسب، بل تبقى معك لشهرٍ كامل.

- وهي متطلبة للغاية. لمدة شهر كامل كنت ألبي رغباتها. أتعلم؟ هذا صحيح، أنا متفانية جدًّا، أنا حقًّا متفانية جدًّا. أنا من أعتني بها. لقد فكَّرتُ في الأمر وتحدثتُ عنه مع أصدقائي، وكثير منهم قالوا بألا أسمح لها بالمجيء.

لقد أدرتُ الأمر في ذهني مرات عديدة، لو أن أحد أطفالي يخضع لعملية جراحية، ولم يرغب في حضوري، كنت لأتقبل ذلك. كنت لآمل مع ذلك أن تريحه فكرة أني أردت الحضور. ولكن مع والدتي، كنت لأشعر بالذنب والبؤس لأنني لم أمدها بما تحتاج، وسوف يشكل ذلك ضغطًا أكبر بالنسبة إليَّ.

تذكُر جيل طفولتها ليس بأنها كانت طفلة مطيعة وإنما متمردة: «لم أكن فتاة طيبة في مراهقتي. قال والدي إنه لا يتمنى أبدًا أن أحظى بطفلٍ مثلي. كنت مشاغبة لأقصى حد بالنسبة إليهم. في مراهقتي، كنت صعبة المراس جدًّا. أبليت حسنًا في الجامعة، لكني لم أحب الدراسة ببساطة. ثم تزوجت... شخص ناجح. لذا تبين لوالديَّ أنني فتاة صالحة بعد كل شيء».

توفيت والدة جيل العام الماضي، منذ المقابلة التي أجريناها. شعرت ابنتها بالحاجة إلى الاعتناء بها حتى في موتها. وكتبت نعيًا ترثي فيه أمها لأنها قطعت مسافة طويلة لتكون معها وترعاها بعد جراحة سرطان المبيض التي أجرتها.

10

الحل بيد خمسة وخمسين بالمئة

منذ أربعة عشر عامًا، عندما كانت في التاسعة والثلاثين من عمرها، سافرتْ مارثا من فينكس بولاية أريزونا إلى عيادة مايو في روتشستر بولاية مينيسوتا للحصول على رأي طبي ثانٍ. كان اختصاصي الأمعاء قد أوصى باستئصال الأمعاء الغليظة بالكامل باعتبار أنها السبيل الوحيد للسيطرة على مرض كرون[1]. تقول: «كنت مستعدة لتقبل الأمر إن قالوا إني أحتاج إلى الجراحة، لكني ترددت».

لأكثر من عقد ونصف، عانت مارثا نوبات نزيف القناة الهضمية والأنيميا والحمى والإعياء وآلام البطن. بدأت الأعراض بعد وقت قصير من ولادة طفلها الثالث. «كانت فترة مشحونة جدًّا في حياتي، يتخللها الكثير من الحيرة. كان زوجي جيري في سنته الأخيرة بكلية طب الأسنان في مونتانا. كنت في الثالثة والعشرين من عمري ولدي ثلاثة أطفال». كان طفلا مارثا في الرابعة والثانية من عمرهما والرضيع لم يبلغ سوى خمسة أشهر. لم يكن للأسرة دخل في ذلك الحين، فعملت مارثا جليسة أطفال إلى جانب أي مهام أخرى أمكنها

(1) مرض كرون هو التهاب مزمن يصيب الجهاز الهضمي كله بدءًا من الفم وصولًا إلى الفتحة الشرجية. (المترجمة).

الحصول عليها. وبعد تخرُّج جيري، انتقل الزوجان إلى فينكس، حيث أسس عيادته لطب الأسنان.

«لم أشعر أني بخير ببساطة. أنجبتُ طفلًا ثالثًا، وكنت متعَبة بشدة ومستنزَفة عاطفيًّا. كنت وحيدة تمامًا في فينكس. لم أرغب قط في المجيء إلى هنا بالأساس. أردت العيش في مونتانا. والحقيقة هي أنه تورط في علاقة غرامية ذات ليلة، كان ذلك ما دفعني إلى الحافة. بدأت أعاني آلام البطن».

بعد بضعة أشهر، عاد الزوجان إلى مونتانا لحضور حفل تخرج جيري. «بحلول ذلك الوقت كنت أعاني نزيفًا من الأمعاء. أُدخِلتُ إلى المستشفى على الفور لأن حماتي كانت تعمل في عيادة طبية ورأت أنني لست على ما يرام. وحينها شُخصتُ بمرض كرون».

يُعد مرض كرون أحد الشكلين الرئيسين لالتهابات الأمعاء (IBD)، أما الشكل الآخر فهو التهاب القولون التقرحي. كلاهما يتميز بالتهاب في الأمعاء ولكن بنمطين مختلفين. في التهاب القولون التقرحي، وهو الأكثر شيوعًا بين الاثنين، يبدأ الالتهاب في المستقيم وينتشر لأعلى. قد يُصاب القولون بأكمله. ويظل الالتهاب مستمرًّا لكنه يقتصر على الغشاء المُخاطي، وهو الطبقة السطحية التي تغطي القناة الهضمية.

في مرض كرون، يتخلل الالتهاب إلى جدار الأمعاء بأكمله. غالبًا ما يتأثر «اللفائفي»، وهو الجزء الثالث والأخير من الأمعاء الدقيقة، والقولون، ولكن قد يظهر مرض كرون في أي جزء من القناة الهضمية، من المريء إلى الأمعاء الدقيقة. وبعكس التهاب القولون التقرحي، يترك مرض كرون مناطق من القناة الهضمية بحيث تتناوب الأنسجة السليمة فيها مع الأجزاء المصابة. قد يأتي التهاب الأمعاء مصحوبًا بالتهاب في المفاصل والعينين والبشرة.

تعتمد أعراض التهاب الأمعاء على المنطقة المصابة. يشيع حدوث الإسهال في كلا المرضين، وكذا آلام البطن. قد يضطر المرضى إلى التبرز عدة مرات في اليوم وقد يجدون أنفسهم حتى مصابين بالسلس. عندما يُصاب القولون، يصبح البراز دمويًّا أو يحدث نزيف صريح كما في حالة مارثا. قد يعاني المرضى الحمى وفقدان الوزن، خصوصًا مع مرض كرون. وقد تحدث

مضاعفات أخرى، مثل النواسير الناتجة عن الالتهاب، والنفاذ من الأمعاء إلى الأعضاء الأخرى مثل الجلد أو المهبل مثلًا.

عادةً ما يصيب التهاب الأمعاء الشباب. ورغم أنه قد يحدث في أي عمر، فإن ظهور الأعراض غالبًا ما يبدأ بين عمر الخامسة عشرة والخامسة والثلاثين.

هدأت أعراض مارثا بسرعة بعد تلقيها دورة من الكورتيزون في المستشفى. وبعد فترة وجيزة من خروجها، نزفت مرة أخرى وكان لا بد من إعادة إدخالها.

قالت: «خضعتُ لنقل دم، ولكن عندما حان وقت خروجي من المستشفى، نزفت مجددًا. وفي تلك المرة دخلت في حالة صدمة[1]. وُضعتُ في العناية المركزة. ثم خرجتُ مجددًا وحاولت لملمة شتات حياتي. أدركت أنني ربما لم أكن راغبة في العودة إلى الزواج والبيت. لم أستطع معرفة سبب معاودة النزيف كلما حان وقت مغادرتي المستشفى. لماذا لم أنفصل عن زوجي وحسب؟ أحسب أن ذلك كان لصغر سني ليس إلا. الحقيقة هي أنني عندما عدت فعلًا إلى المنزل، انتهى به الأمر متورطًا في علاقة غرامية أخرى. قلت له: «سأرحل. لقد اكتفيت». كان خليقًا بي أن أغادر حينئذ، لكنني بقيت. كنت في السنوات الثلاث أو الأربع التالية كالجرو المريض. شعرت بالتعب طوال الوقت. اضطرت ابنتي الكبرى، والتي كانت في الخامسة من عمرها حينئذ، إلى مساعدتي في الاعتناء بأخويها، لأني لم أرد سوى النوم في أغلب الأوقات».

- ما الذي كان يفعله زوجك طوال تلك الفترة؟ كيف كانت علاقتكما؟

- لطالما تنازلت من أجله. كان شخصًا غضوبًا، لذا شعرت بالرهبة منه. كان يخيفني جسديًّا. لم يضربني قط، لكنه كان يصيح ويهدد وكان عدوانيًّا جدًّا. كان يشرب الكحول كثيرًا أيضًا. ذات مرة أهانني بشدة أمام الأطفال، الأمر الذي لم يكن لطيفًا على الإطلاق. وقف أمام وجهي مباشرةً وصاح فيَّ.

(1) الصدمة هي حالة هبوط حاد في الدورة الدموية بسبب نزيف أو عدوى شديدة أو حرق أو تحسس أو غير ذلك. فيها لا تحصل الأعضاء على كمية كافية من الدم أو الأكسجين. وإذا لم تُعالج فورًا، قد ينتج عنها تلف عضوي دائم أو وفاة. (المترجمة).

كنتُ أعاني في صمت، وكان يتلاعب بي باحترافية لا تصدَّق. كل شيء كان يؤلبه ضدي باستمرار. كان يجعلني أشعر بعدم الثقة طوال الوقت. في بعض الأحيان لم أستطع أن أصدق كيف أمكنه تحريف الأمور ليجعلها جميعًا خطئي أنا.

- هل اقترح عليكِ أحدهم احتمالية وجود صلة بين ضغوطاتك ومرضك؟
- لا. لم يقترح أحد في المجال الطبي ذلك. لكن في عيادة مايو، أجروا استبيانًا شائقًا. سألوا: «هل حدث أي شيء مهم في العام الماضي؟». أتذكر أني قرأت السؤال وفكَّرت: أوه يا إلهي، لأول مرة يهتم أحدهم بما يجري في حياتي فعلًا. كان ذلك مهمًّا بالنسبة إليَّ.

تعتبر العلوم الطبية التهاب الأمعاء مرضًا «مجهول السبب». تلعب الوراثة دورًا لكنه ليس دورًا رئيسًا. لدى نحو 10 إلى 15 بالمئة من المرضى تاريخ عائلي من الإصابة بالتهاب الأمعاء. وتشير التقديرات إلى أن خطر الإصابة يتراوح بين 2 و10 بالمئة إذا شُخِّص قريب من الدرجة الأولى. غالبًا ما يشعر المرضى بحدسهم بأن ثمة علاقة بين التهاب الأمعاء وضغوط الحياة، كما فعلت مارثا مع نزيفها. في الواقع، تُظهِر البحوث أن «معظم المصابين بالتهاب الأمعاء يؤمنون بأن الضغط النفسي هو المساهم الأكبر في المرض».

بالنسبة إلى مارثا، كان مسبب الضغط المباشر في العام الذي سبق زيارتها عيادة مايو كان رحيل ابنتيها المراهقتين، اللتين غادرتا المنزل للالتحاق بجامعات كاليفورنيا. كانت تعتمد عليهما للحصول على الدعم العاطفي. استمر زوجها في الإساءة العاطفية، وفي ذلك الحين كان قد استعاض عن شرب الخمر بلعب القمار. بمجرد رحيل ابنتيها، صارت الجراحة أمرًا لا مفر منه. وقد أدركت لاحقًا، من خلال جلسات العلاج النفسي، إلى أي مدى كانت اتكالية وغير ناضجة من الناحية العاطفية.

***

يقر تيم، البالغ من العمر اثنين وخمسين ربيعًا، والمصاب بالتهاب القولون التقرحي، بحاجته الملحة إلى إرضاء الآخرين. «أقضي أوقاتًا طويلة في محاولة استرضاء الآخرين ونيل إعجابهم بدلًا من التفكير في نفسي».

لديه شقيقان أكبر منه. لم يستقر أي منهما في مهنة مُعترف بها. ولم يتزوج أحدهما إلا مؤخرًا، بعد أن بلغ الخمسين من عمره. كانت والدته تنتقد أخويه، وهو الانتقاد الذي حرص تيم على تفاديه.

قال: «أشعر بأنني الابن المثالي، الذي استطاع الزواج، ويمتلك منزلًا بسياج خشبي وثلاثة أطفال. ربما كنت أحاول بطريقة ما إرضاء أمي من دون أن أدرك ذلك حقًّا».

وجدت دراسة استقصائية أُجريت عام 1955 لمرضى التهاب القولون التقرحي أن «أمهات المرضى كن متسلطات ويملن إلى لعب دور الضحية». لا أحد ينوي عمدًا أن يلعب دور الضحية لأولاده أو أن يكون متسلطًا معهم. ولصياغة ذلك بطريقة أقل انتقادية، يمكننا القول إن الطفل يرى نفسه مسؤولًا عن المعاناة العاطفية لوالدته.

يتسم تيم بدقة شديدة فيما يتعلق بالتفاصيل. تقول زوجته نانسي: «يبالغ في تنظيم كل شيء. يدفعني إلى الجنون عندما لا يكف عن سؤالي: «ما جدولك الزمني لهذه المهمة؟ لا تنسي فعل ذلك». خلصت دراسة عام 1955، تناولت أكثر من سبعمئة مصاب بالتهاب القولون التقرحي، إلى أن نسبة عالية من هؤلاء المرضى «لديهم سمات الوسواس القهري، التي تشمل الدقة والالتزام بالمواعيد والضمير اليقظ. وإلى جانب هذه السمات، يكونون متحفظين في إظهار الانفعال (التعبير العاطفي)، ومبالغين في العقلنة، ولديهم نظرة متزمتة نجاه الأخلاق ومعايير السلوك... وقد استُخدمت سمات شخصية مماثلة لوصف مرضى داء كرون»».

يقول تيم إنه يبالغ في انتقاده للآخرين ولنفسه، وهي سمة أخرى انتهى بها الأمر في صورة حُكم على الذات: «إنني ساعٍ إلى الكمال، لذا لا أظن أن لديَّ ذلك التعاطف الإنساني الفطري. أنا أكثر برودة. لمدة خمسة عشر عامًا لم أتغيب يومًا عن العمل، حتى عندما كنت أهرع إلى المرحاض اثنتي عشرة أو خمس عشرة مرة في اليوم، وأنزف. أخذ أحد الموظفين يوم أمس إجازة لأن كلبه مات في الليلة السابقة. قلتُ: «ماذا تقول؟ هل تغيَّب لأن كلبه مات؟ إنه مجرد كلب. لماذا لا يمكنه المجيء إلى العمل؟». رد عليَّ بعض الموظفين

قائلين: «ألم تمتلك كلبًا من قبل؟ ما بالك متحجر القلب؟». لم أستطع فهمهم ببساطة».

***

د. دوجلاس دروسمان هو طبيب أمراض جهاز هضمي معروف دوليًّا، وأستاذ الطب وعلم النفس بجامعة نورث كارولينا في تشابل هيل. وهو أيضًا المحرر المساعد لجريدة «طب الجهاز الهضمي»، الجريدة الرسمية للجمعية الأمريكية لأمراض الجهاز الهضمي. كان د. دروسمان من أبرز المؤيدين لفكرة أن الأمراض المعوية هي تعبير ليس فقط عن اضطراب وظائف أعضائنا، وإنما عن ضغوط حياتنا. كتب مقالًا فريدًا عن هذا الموضوع في عام 1998. «بحسب التقارير السريرية والمراجع البحثية الحالية والخبرة السريرية، أعتقد أن هناك على الأقل أدلة غير مباشرة على أن العوامل النفسية الاجتماعية تؤثر في قابلية الإصابة بالمرض ونشاطه. ولحدوث ذلك فإن الآلية الأكثر ترجيحًا هي من خلال المسارات المناعية النفسية».

يحدث التهاب الأمعاء نتيجة اختلال مناعي في القناة الهضمية. ذلك لأنه فضلًا عن وظائف الأمعاء في الهضم والامتصاص، فإنها تعد أيضًا أحد حواجز الجسم الرئيسة ضد الغزو. إن كل ما يدخل القناة الهضمية إنما هو مجرد عابر سبيل، وما زال ينتمي إلى العالم الخارجي. لا تدخل المواد والكائنات العضوية إلى الجسم بطريقة صحيحة إلا بعد أن تنفذ من بطانة الأمعاء. ولمَّا كانت هذه الوظيفة الوقائية لأنسجة الأمعاء مهمة لسلامة الجسم، فقد زُودت بسخاء بنظامها المناعي المحلي الخاص بها، والذي يعمل بالتنسيق مع دفاعات المناعة العامة في الجسم.

الالتهاب هو مناورة ذكية يمارسها الجسم لعزل وتدمير الكائنات المعادية أو الجسيمات الضارة. يفعل ذلك عن طريق تورم الأنسجة وضخ حشد من الخلايا المناعية والأجسام المضادة. ولتسهيل وظيفتها المناعية، تصبح البطانة أو الغشاء المخاطي للأمعاء في «حالة من الالتهاب المضبوط أو المنظم على الدوام». تلك هي الحالة الطبيعية للأشخاص الأصحاء.

لا بد من ضبط القوى التدميرية الجبارة لجهاز المناعة بدقة وإبقائها في هذا التوازن بحيث تكون قادرة على أداء مهامها البوليسية دون الإضرار بأنسجة الجسم الحساسة التي كُلفت بالدفاع عنها. بعض المواد تحفز الالتهاب، وبعضها يكبحه. إذا حدث خلل في التوازن ينتج المرض، لأن نقص قدرة القناة الهضمية على شن استجابة التهابية قد يستجلب عدوى مهدِّدة للحياة. ومن ناحية أخرى، عدم القدرة على تثبيط الالتهاب قد يعرِّض أنسجة القناة الهضمية إلى إصابة ذاتية. يبدو أن الخلل الأساسي في أمراض التهاب الأمعاء هو مجرد اختلال في توازن ما يسميه أحد المقالات «الجزيئات المحرضة على الالتهاب وتلك المضادذ له» في بطانة الأمعاء. يمكن للمؤثرات العاطفية التي تمر عبر المسارات العصبية والمناعية للنظام المناعي العصبي النفسي الهرموني الفائق أن ترجح كفة الميزان لصالح الالتهاب. وكما أشار الباحثون الكنديون، «يمكن لعوامل المناعة العصبية أن تضبط العديد، إن لم يكن جميع جوانب فسيولوجيا القناة الهضمية».

العواطف تؤثر بشدة في الجهاز لعصبي. وفي المقابل، يساهم الجهاز العصبي مساهمة وثيقة في ضبط الاستجابات المناعية والالتهابات. تعمل الببتيدات العصبية، وهي جزيئات بروتينية تفرزها الخلايا العصبية، على تحفيز الالتهاب أو تثبيطه. وهذه الحزيئات توجد بتركيز عالٍ في الأمعاء، في المناطق الأكثر عرضة للإصابة بالتهاب الأمعاء. ولها دور في كل من ضبط الالتهاب المحلي واستجابة الجسم للضغط النفسي. على سبيل المثال، يعد الببتيد العصبي، والذي يسمى ‹المادة P»، محفزًا قويًّا للالتهاب لأنه يحرض خلايا مناعية معينة على إطلاق مواد كيميائية مسبِّبة للالتهاب مثل الهيستامين والبروستاجلاندين، ضمن جملة مواد أخرى. في القناة الهضمية، ترتبط الخلايا المناعية بالخلايا العصبية ارتباطًا وثيقًا، لذلك يمكن للأنماط العاطفية المسببة للضغط النفسي المزمن أن تتسبب في مرض التهابي في القناة الهضمية، وذلك من خلال تدخل نظام PNI الفائق وتنشيط الجزيئات المحرضة للالتهاب من قِبل الضغط النفسي.

القناة الهضمية ليست مجرد عضو هضم. إنها جهاز حسي له نظامه العصبي الخاص به، والمرتبط ارتباطًا وثيقًا بالمراكز العاطفية في المخ.

يفهم الجميع معنى تعبير «يعتصر الأحشاء»[1]، الذي يُستخدم عند وصف حدث مزعج من الناحية العاطفية. العديد منا يتذكرون مرورهم بألم البطن المصاحب لمخاوف الطفولة. فمشاعر البطن (أو مشاعر الحدس)، سارَّة كانت أو مزعجة، هي جزء من استجابة الجسم الطبيعية للعالم، استجابة تساعدنا على تفسير ما يحدث حولنا وتخبرنا بما إذا كنا في أمان أو خطر. شعور الغثيان والألم أو الدفء والراحة في البطن هو إحساس يقودنا إلى معنى الأحداث.

تفرز القناة الهضمية ناقلات عصبية خاصة بها، وتتأثر بالنظام الهرموني العام للجسم. تشكل القناة الهضمية كذلك جزءًا مهمًّا من حاجز الجسم ضد المواد الضارة وتلعب دورًا رئيسًا في الدفاع المناعي. وظيفتها جزء لا يتجزأ من المعالجة النفسية للجسم، تلك التي تقيس وتتفاعل مع المحفزات التي تقدمها لنا البيئة في كل لحظة. إن قدرة الأنسجة الهضمية على الحفاظ على سلامتها تتأثر بشدة بالعوامل النفسية، مثلما تتأثر أيضًا مقاومتها ضد الالتهاب بل وحتى التحورات الخبيثة بالضغط العاطفي. تصاب فصيلة من قرود العالم الجديد، وهي فصيلة الطمارين قطني الرأس، بالتهاب القولون التقرحي وسرطان القولون عندما يُقبض عليها وتُحبس في قفص. وقد أظهرت دراسة إيطالية أجريت عام 1999 أنه في التهاب القولون التقرحي «يزيد الضغط النفسي طويل المدى من خطر التفاقم على مدى فترة تتراوح من أشهر إلى سنوات».

في عام 1997، نشر د. نويل هيرشفيلد، اختصاصي أمراض الجهاز الهضمي في كالجاري الذي أتت رسالته إلى المحرر في الوقت المناسب ليشعل فتيل اهتمامي بعلم المناعة العصبية النفسية منذ بضع سنوات، نشر مقالًا في المجلة الكندية لأمراض الجهاز الهضمي. وأشار إلى أنه في التجارب السريرية لأدوية التهاب الأمعاء، كانت حالات الاستجابة للدواء الوهمي في حدود الـ 60 بالمئة، وفي التجارب التي قارنت بين المسكنات والأدوية الوهمية للسيطرة على الألم، كان عدد المرضى الذين شعروا بتأثير الدواء

(1) استخدم الكاتب هنا كلمة «gut-wrenching»، وهي صفة شائعة الاستخدام تعني مزعج أو مؤلم. (المترجمة).

الوهمي ثابتًا عند 55 بالمئة. شوهدت نسبة الـ 55 بالمئة في التجارب التي تناولت عقاقير الاكتئاب أيضًا. وقد أُطلق على ذلك اسم «قانون الـ 55 بالمئة».

يعتقد معظم الناس أن الدواء الوهمي هو مسألة تخيل بسيطة، حالة من «سيطرة العقل على المادة». وعلى الرغم من أن تأثير الدواء الوهمي ناتج عن الفكر أو العاطفة، فإنه يظل فسيولوجيًا تمامًا. إنه تنشيط لعمليات الجسم العصبية والكيميائية التي تعمل على تثبيط الأعراض أو تحفيز الشفاء.

يقترح د. هيرشفيلد أنه قد يكون مفيدًا أن نعرف ما المختلف في الأفراد الذين يتحسنون على الأدوية الوهمية. «أي نوع من الناس هم؟ ما نوع البيئة التي يعيشون فيها؟ هل ثمة شيء في ماضيهم يُنتج هذه الاستجابة؟ ما نوع الحياة التي يعيشونها؟ هل هم راضون عن وجودهم ونشأتهم وزواجهم وعلاقاتهم بالمجتمع؟» هذه هي الأسئلة التي يطرحها قلة قليلة من الأطباء على مرضاهم، سواء من تعافوا منهم أو من تدهورت حالتهم. عندما تُطرح هذه الأسئلة، تكشف الإجابات عن تجليات موحدة. واختتم د. هيرشفيلد باقتراح منطقي، وإن كان يبدو ثوريًا في المناخ الطبي اليوم: «ربما يتعين علينا إطلاع زملائنا وأقراننا على الجوانب النفسية الاجتماعية للمرض والديناميكية النفسية للتعافي والكيمياء البيولوجية للشفاء، وأن نعلِّمهم أن آفات الإنسانية كلها لا يمكن حلها من خلال عملية تنظير أخرى، وخزعة أخرى، وإجراء «متطور» آخر لا يملك إلا أن يؤكد، لا يملك أن يشفي».

عانى تيبور صديقي نوبة التهاب قولون تقرحي –النوبة الأولى والأشد التي تعرض لها– في وقت كان يعاني فيه «شعورًا محمومًا باليأس والخوف والتوجس». في أوائل العشرينيات من عمره، بعد فترة وجيزة من وفاة والده، واجه فجأة مسؤولية الاضطرار إلى إعالة أمه ورعاية أخته الصغرى. كانت أمه سيدة عليلة، سُرحتْ من وظيفتها وبدا أن فرصتها في العثور على وظيفة أخرى لا تُذكر. يتذكر تيبور قائلًا: «لم أدرِ كيف سأحظى يومًا بحياتي الخاصة». نُقل إلى المستشفى مصابًا بحمى شديدة ونزيف في القولون.

قال: «أعطوني الستيرويد. مكثتُ في المستشفى لثلاثة أسابيع، ولكن بمجرد أن بدؤوا العلاج بدأت أشعر بالتحسن وأمزح مع الممرضات من حولي. كان ذلك قبل الاستقطاع من الأجور حينما كان لدى الممرضات وقت

للمرضى. أطلعني الأطباء على جميع أنواع التوقعات الرهيبة التي يمكن أن تحدث على المدى الطويل، المرض والسرطان وما إلى ذلك. قلت: «حسنًا، لن أسمح لذلك بأن يحدث لي». قرأت عن الموضوع ورأيت اقتراحات بأن التهاب القولون التقرحي وليد عوامل نفسية ومرتبط بالضغط النفسي. ابتعت كتابًا عن أساليب الاسترخاء. كنت أستلقي وأتبع التعليمات، أتَعلَم؟ أشياء مثل أرخِ أصابع قدميك، أرخِ ساقيك، أرخِ جسمك بالكامل. لم أستمر في تناول الدواء طويلًا، فقط في الفترة التي احتُجزتُ فيها في المستشفى. كانوا يطلبون مني اتباع مختلف الأنظمة الغذائية. وفكرت: لن أعيش حياتي بهذه الطريقة. قررتُ أن أسيطر على هذا الوضع مهما كلف ذلك. وقررت أيضًا أنني لن أدع الضغوط الخارجية تؤثر فيَّ، وبذلت قصارى جهدي الواعي لتقليل الضغط النفسي في حياتي. في الثلاثين عامًا التي تلت ذلك، لم أعانِ من حُسن حظي إلا نوبات إسهال أو نزيف بسيطة. لم تتطلب أي منها أدوية أو رعاية طبية».

ولا يعني ذلك أن علاج التهاب الأمعاء هو الاستلقاء وإرخاء أصابع القدم. ولكن المهم في تجربة صديقي كان قراره الفوري بتولي زمام الأمور.

كما يشير د. هيرشفيلد، فإن الحل النهائي لالتهاب الأمعاء لا يكمن في أحدث التقنيات أو الأدوية السحرية، ولكن في تحفيز قدرة المريض على الشفاء. حل الخمسة والخمسين بالمئة.

11

المشكلة تكمن في رأسها

بدا غضب باتريشيا حديث العهد في ذروته. «أشعر بغضب عارم من الأطباء. لقد تعرضتُ للإهانة. لقد استهانوا بي. قيل لي في وجهي إنني أزيف مرضي. قيل لي إن عليَّ التوقف عن استشارة أطباء آخرين. قيل لي إنني لا أشعر بالألم».

خضعتْ باتريشيا موظفة المبيعات لعملية استئصال للمرارة في عام 1991، عندما كانت في الثامنة والعشرين من عمرها، لكن آلام البطن ظلت تداهمها. «كان لديَّ ما أطلقتُ عليه اسم «نوبات المرارة الوهمية». كنت أعاني ألمًا كما لو أنِّي منفوخة بالهواء لأقصى حد. يتفاقم الألم، ثم أتقيأ، وعندها أشعر بتحسن لبعض الوقت. أذهب إلى الطوارئ فيتجاهلونني أو يقولون: «أنتِ لا تملكين مرارة ومن ثم لا يمكن أن تعاني تلك الأعراض». ثم بدأتُ أتحسس من بعض الأطعمة، وأُصاب بالإسهال بتواتر أكبر».

بعد زيارة العديد من الأطباء وإجراء العديد من الفحوصات شُخصت حالة باتريشيا بأنها متلازمة القولون العصبي (IBS). تصف المصطلحات الطبية القولون العصبي بأنه اضطراب وظيفي. كلمة وظيفي تشير إلى حالة يتعذر فيها تفسير الأعراض بوجود أي خلل تشريحي أو مرضي أو بيوكيميائي، ولا يمكن كذلك نسبها إلى العدوى. اعتاد الأطباء الإشاحة بنظرهم عند التقاء

مريض يعاني أعراضًا وظيفية، نظرًا إلى أن كلمة «وظيفي» ترمز طبيًّا إلى أن «المشكلة تكمن في رأسه». وهناك شيء من الحقيقة في ذلك، فمعاناة المريض تكمن جزئيًّا في مخه، ولكن ليس بالمعنى المهين الانتقاصي الذي توحي به عبارة «المشكلة تكمن في رأسه»، كما سنرى.

يتشابه تاريخ فيونا الطبي وتجربتها في أقسام الطوارئ إلى درجة ملحوظة مع تجربة باتريشيا. ففي عام 1989، عندما كانت في أوائل العشرينيات من عمرها، خضعت هي الأخرى لعملية استئصال المرارة، ولم تتحسن آلام بطنها.

تقول: «منذ ذلك الحين وأنا أعاني تلك الآلام. تشنج حاد لا تفسير له، وجع أجروا كل اختبار ذُكر في الكتب الطبية من أجل تفسيره ولم يصلوا إلى شيء. لذلك شخَّصوه بالقولون العصبي. لا مشكلة لديَّ مع الإسهال أو الإمساك، إن مشكلتي كلها مع الألم. الألم شديد هنا».

علّقتُ قائلًا: «ما تصفينه ليس قولونًا عصبيًّا على وجه الدقة».

- هذا ما كنت أردده طوال الوقت. لقد شُخصتُ به منذ كانوا يدعونه القولون التشنجي، ثم أصبحوا يدعونه القولون العصبي. شخصني به أحد الأطباء في تورنتو. خضعتُ للفحص بمناظير المعدة، وأشعة الباريوم السينية، ووصفوا لي جميع الأدوية. جربوا معي ثلاثة أو أربعة أدوية مختلفة. ولم تُجدِ الحبوب نفعًا قط.

تمضي شهور دون التعرُّض لأي نوبة، ثم تداهمني أيام زاخرة بها. أحيانًا تستمر لدقيقتين، وفي أحيان أخرى تكون مضنية وتستمر لساعات. آلام حادة ثابتة تشنجية. أعجز معها عن التنفس، ألم كاسح حقًّا. في الأيام الماضية كانت النوبات شديدة السوء. قد تصيبني نوبة تستمر لساعة، لكنها تمر عليَّ كأنها سنة.

عندما كنت في تورنتو، لم يعرفوا ما خطبي. كانوا يحجزونني في المستشفى ويوصلونني بمحلول الديميرول[1]، بحيث أستطيع مداواة نفسي كلما أصابتني النوبة. قالت لي بعض الممرضات إنني أذهب فقط لجذب الانتباه والحصول على المزيد من العقاقير المخدرة، وبأني

(1) الديميرول هو مخدر ومسكن للألم. (المترجمة).

أدمنتها. كنت أرد عليهن: «فلتتوقفن إذن عن إعطائي إياها. كل ما تفعله تلك العقاقير هو أن تجعلني أنام، تلك هي الطريقة الوحيدة التي تساعد بها مع الألم». لطالما كرهتُ المسكنات.

على الرغم من أن ألم البطن سمة بارزة لمتلازمة القولون العصبي، فإن الألم نفسه ليس كافيًا للتشخيص وفقًا لتعريف المرض الحالي، فالشخص يعتبر مصابًا بالقولون العصبي إن كان يعاني آلامًا في البطن مصحوبة باضطرابات في وظيفة الأمعاء مثل الإسهال أو الإمساك، مع عدم وجود اختلالات أخرى. قد تختلف الأعراض من شخص لآخر، أو حتى لدى نفس الشخص من وقت لآخر. فعلى سبيل المثال، لا تتبع اضطرابات الأمعاء لدى باتريشيا نمطًا واحدًا.

«إنني أتأرجح بين الإمساك والإسهال. لا أكون في الحالة الطبيعية إلا نادرًا. قد تمضي أيام دون الذهاب إلى المرحاض، وعندما أذهب يداهمني الإسهال. أحيانًا يحدث عدة مرات في اليوم، وفي أحيان أخرى قد أبقى في المرحاض لثلاث ساعات في المرة. الشيء الوحيد الثابت هو عدم وجود اتساق. أحيانًا يكون الأمر أشبه بانفجار، وفي أحيان أخرى، لا يكون كذلك».

ثمة أعراض أخرى تشيع ملاحظتها على الرغم من أنها ليست ضرورية للتشخيص، فمن الشائع أن يصف مرضى القولون العصبي البراز بأنه متكتل أو صغير ويشبه الحبيبات، أو على النقيض، بأنه ليِّن وذو قوام مائي. قد يجدون أنفسهم مضطرين إلى الدفع بقوة بسبب شعورهم بأنهم لم يفرغوا أمعاءهم تمامًا. وكثيرًا ما يذكرون خروج مخاط مع البراز. ومن الشائع أيضًا إحساس الانتفاخ أو تضخم البطن.

يُقال إن متلازمة القولون العصبي تؤثر على ما يصل إلى 17 بالمئة من سكان العالم الصناعي وأنها السبب الأكثر شيوعًا لإحالة المرضى إلى أطباء الجهاز الهضمي. والغريب أن معظم من يعانون أعراضًا تؤهلهم للتشخيص به لا يستشيرون الأطباء.

إن الانزعاج الغريزي في مهنة الطب من عدم اليقين يعقِّد الحياة بشكل هائل لمرضى مثل باتريشيا وفيونا. فنحن الأطباء نتوقع أن يشكو الناس من أمراض تندرج بدقة تحت فئات الأعراض، وتحمل نتائج مَرَضية لا لبس فيها.

كما يقول اختصاصي الجهاز الهضمي دوجلاس دروسمان: «منذ أربعين عامًا لاحظ رينيه فوكس، عالم الاجتماع الطبي، أن إحدى أصعب المراحل الانتقالية على طلاب الطب هو قبول عدم اليقين المتأصل في مهنة الطب. ذلك لأن نموذج الطب الأحيائي ينشئ حالة من عدم اليقين كلما تعلق الأمر بأعراض شائعة لا تفسرها الأمراض المزمنة».

ينبع عدم اليقين ذلك من ارتيابنا الفطري في رواية المريض عندما نعجز عن مطابقتها مع البيانات المجردة لتقنيات الفحص البدني أو عمليات المسح أو الأشعة السينية أو اختبارات الدم أو المناظير أو الخزعات أو أدوات التشخيص الكهربائي. في مثل تلك الحالات، تُفاجأ الشاكية بأن الأطباء يرفضون أعراضها، والأسوأ أنها قد تُتهم بالسعي وراء العقاقير المخدرة، أو بأنها مصابة بمرض عصبي، أو متلاعِبة، أو «تسعى فقط لجذب الانتباه». غالبًا ما يجد مرضى القولون العصبي، وكذا الأشخاص المصابون بمتلازمة الإعياء المزمن والفيبرومالجيا، أنفسهم في هذا الموقف.

ماجدة طبيبة وأذكى من أن تذهب إلى أقسام الطوارئ بسبب آلام بطنها المُضنية. وقد شُخِّصتْ هي الأخرى بمتلازمة القولون العصبي. تقول: «كنت أعاني أغلب الوقت الألم والانتفاخ. لم يستطع أحد اكتشاف أي خطب بي، لذلك انتهينا إلى أنه القولون العصبي. خضعت لتنظير القولون وكل شيء. ولم نعثر على أي مشكلات أخرى. أحسب أن بإمكانك تسميته التشخيص بالاستبعاد. لم يمر عليَّ يوم واحد تقريبًا دون أن أشعر بالمغص. كنت أستلقي أحيانًا على أرضية مكتبي، وأضع وسائد تدفئة، وأتساءل كيف عساي أتجاوز النهار وكيف عساي أقود سيارتي إلى المنزل. كان الألم حادًّا إلى أبعد الحدود ومتكررًا. كنت أعاني آلام البطن بنسبة 80 أو 90 بالمئة من الوقت. لم تمر فترة منتصف الظهيرة في أي يوم دون أن أشعر بألم في البطن – لسنوات! كنت موقنة بأن مكاني هو الطوارئ في مرات عديدة مع ذاك القدر من الألم– لكني أوثر الابتعاد عن تلك الأماكن ببساطة لأني أعرف ما يحدث هناك. لم أظن أن شيئًا مفيدًا سيحدث. لم أذهب، ولكن ليس لغياب الألم».

عندما لا يُنظر إلى ألم القولون العصبي على أنه تخيلات عصبية لدى المريض، كان يُعتقد حتى وقت قريب أنه –هو وآلام البطن غير المشخَّصة

بوجه عام– ناتج تمامًا عن تقلصات غير منتظمة في الأمعاء. ومن هنا جاءت عبارات مثل *القولون التشنجي*. والآن أثبت العلم أن الخلل الوظيفي في تلك الاضطرابات لا يكمن فقط في القناة الهضمية نفسها. المشكلة الأساسية هي الطريقة التي يستشعر بها الجهاز العصبي الألم ،يقيِّمه ويفسره.

أدت العديد من المشاهدات إلى هذا الفهم الجديد لمشكلات البطن. أكثرها إثارة للاهتمام هو الاكتشافات الجديدة التي استُنتجت من الدراسات الكهربائية والمسح الضوئي للمخ. فعندما يُستحث انتفاخ الأمعاء اصطناعيًا، فإن نمط الاستجابة في أدمغة الأفراد الذين يعانون آلامًا بطنية وظيفية يختلف اختلافًا مميزًا عن نشاط أدمغة أولئك الذين لا يشكون من الألم.

يمكن كذلك دراسة الألم الناتج عن انتفاخ القولون أو أجزاء أخرى من الأمعاء عن طريق إدخال منظار في الأمعاء ثم نفخ بالون متصل بالمنظار. في مثل هذه الدراسات، تُبدي مجموعات مرضى الاختلال الوظيفي بشكل متكرر حساسية مفرطة تجاه الانتفاخ. ويفيدون بأن الألم الناتج عن تلك العملية مشابه للألم الذي يعانونه عادة. قارنت إحدى الدراسات الآثار الناتجة عن نفخ بالون داخل القولون لدى مجموعة من مرضى القولون العصبي ومجموعة من الأصحاء. «سبَّب نفخ بالون بمقدار 60 مل ألمًا لدى 6 بالمئة من الأصحاء و55 بالمئة من مرضى القولون العصبي... كان مقدار التشنج في جدار القناة الهضمية عند درجات مختلفة من النفخ متشابهًا في المجموعتين. ومع ذلك، *زاد معدل الألم المرتبط بتشنج الجدار بنحو عشرة أضعاف في مجموعة مرضى القولون العصبي*».

أُجريت تجارب مشابهة على مناطق أخرى في الجهاز الهضمي، من المريء إلى الأمعاء الدقيقة. واتضح أن في حالة آلام البطن الوظيفية، ينقل الجهاز العصبي الرسائل الفسيولوجية من القناة الهضمية ويستقبلها المخ بطريقة مغايرة. كتب د. دروسمان: «ثمة مجال بحثي جديد لدراسة المرضى الذين يعانون هذه الاضطرابات. فبعد عقود من دراسة الاختلافات بين الأصحاء ومرضى القولون العصبي فيما يتعلق بفسيولوجيا الجهاز الهضمي، صرنا الآن نرى الاختلافات في فسيولوجيا المخ».

يوجد نوع من المسح الضوئي يُعرف باسم التصوير المقطعي البوزيتروني (PET)، والذي يقيس نشاط مناطق المخ من خلال تسجيل التغيرات في تدفق الدم. عندما يشهد الأشخاص محل الدراسة انتفاخًا في المستقيم، يحدد التصوير المقطعي البوزيتروني أي جزء من المخ يسجل الاستجابة. عند انتفاخ المستقيم، أو حتى توقع حدوثه، تنشط قشرة الفص الجبهي لدى مرضى القولون العصبي، وهي منطقة غير نشطة بطبيعتها.

قشرة الفص الجبهي هي المنطقة التي يخزن فيها المخ الذكريات العاطفية. تترجم هذه المنطقة المؤثرات الحالية، جسدية كانت أو نفسية، في ضوء التجارب السابقة، والتي قد تعود إلى الطفولة. النشاط في هذا الجزء من المخ يعني وقوع حدث ذي أهمية عاطفية. في حالة الأشخاص الذين يشهدون ضغطًا نفسيًا مزمنًا، تظل قشرة الفص الجبهي والمناطق ذات الصلة في حالة من اليقظة المفرطة، تحسبًا لوقوع خطر. إن نشاط الفص الجبهي ليس قرارًا واعيًا يأخذه الفرد، وإنما هو نتيجة تحفيز تلقائي للمسارات العصبية مبرمج منذ أمدٍ بعيد.

في دراسة أخرى، كان المدى الكهربائي لموجات المخ، الناتج عن المؤثرات الصوتية، أكبر في مرضى القولون العصبي مقارنة بالأشخاص الطبيعيين، مما يشير مرة أخرى إلى فرط اليقظة الفسيولوجية.

ما السر وراء تلك الاستجابات المغايرة للجهاز العصبي؟ تبزغ الإجابة عندما ننظر ليس فقط إلى أعضاء الإنسان ولكن إلى حياته. ثمة نسبة عالية من الأذى في تاريخ المرضى الذين يعانون أمراضًا معوية، ولا سيما مرضى القولون العصبي والاضطرابات الوظيفية الأخرى.

في دراسة أجريت عام 1990 على مريضات نساء بعيادة أمراض الجهاز الهضمي التابعة لكلية الطب في نورث كارولينا، أفادت 44 بالمئة من النساء بأنهن تعرضن لنوع من الاعتداء الجنسي و/ أو الجسدي. «أولئك اللائي تعرضن للإيذاء كن أكثر عرضة بأربع مرات للإصابة بآلام الحوض، وبمرتين إلى ثلاث مرات للإصابة بأعراض غير بطنية (مثل الصداع وآلام الظهر والإعياء)، فضلًا عن الخضوع لعمليات جراحية نادرة بمعدل أكبر». وفي دراسة أحدث للمركز نفسه، كان ثلثا النساء قيد الدراسة قد تعرضن لاعتداء

جسدي أو جنسي، أو كليهما. ومرة أخرى، كانت المريضات اللاتي تعرضن للاعتداء أكثر عرضة للخضوع لعمليات جراحية مختلفة، مثل عمليات المرارة واستئصال الرحم وشق البطن. كما كن يعانين «ألمًا أكبر، ويشهدن أعراضًا جسمانية لا تتعلق بالمعدة أو الأمعاء، ويقضين أيامًا طريحات الفراش، ويعانين الاضطرابات النفسية والإعاقة الوظيفية مقارنة بمن لم يتعرضن للاعتداء الجنسي».

من البدهي أن الإصابات الجسدية المباشرة -الكدمات المخية الخطيرة أو القطع أو الكدم في أحد الأعصاب- يمكن أن تشوش الجهاز العصبي من الناحية الفسيولوجية. ولكن كيف للصدمة النفسية أن تؤثر في إحساس المرء بالألم؟

يحتوي الجهاز العصبي للقناة الهضمية على قرابة المئة مليون خلية - نحن نملك في الأمعاء الدقيقة وحدها نفس عدد الخلايا الموجودة في العمود الفقري بأكمله! تضطلع هذه الأعصاب بما هو أكثر من تنسيق عمليات الهضم وامتصاص الطعام والتخلص من الفضلات- فهي تشكل أيضًا جزءًا من جهازنا الحسي. تستجيب القناة الهضمية للمؤثرات العاطفية من خلال تقلصات العضلات وتغيرات تدفق الدم وإفراز العديد من المواد النشطة بيولوجيًّا. يعد هذا التكامل بين المخ والقناة الهضمية ضروريًّا للبقاء على قيد الحياة. فقد يقتضي الأمر مثلًا تحويل كميات دم كبيرة من الأمعاء إلى القلب وعضلات الأطراف في أي لحظة.

وفي المقابل فإن القناة الهضمية مزودة بوفرة من الأعصاب الحسية التي تنقل المعلومات إلى المخ. وعلى عكس ما كان يُعتقد حتى وقت قريب، فإن عدد الألياف العصبية الصاعدة من الأمعاء إلى المخ يتجاوز إلى حد بعيد عدد الألياف العصبية الهابطة من المخ إلى القناة الهضمية.

ينقل المخ المعلومات من الأعضاء الحسية، مثل العينين أو الجلد أو الأذنين، إلى القناة الهضمية، أو بمعنى أصح، ينقل تفسير المراكز العاطفية المخية لهذه المعلومات. وعندئذٍ تدعم الأنشطة الفسيولوجية في القناة الهضمية هذا التفسير العاطفي، وتُرسل إلى المخ إشارات تتسبب في إثارة مشاعر بطن

(مشاعر حدس) يمكننا استيعابها بصورة واعية. لو فقدنا اتصالنا بمشاعر الحدس تلك لصار العالم أقل أمانًا.

من الجلي أن الحياة لن تصبح صالحة للعيش لو شعرنا بكل نشاط ضئيل يحدث في أجسادنا. فلا بد أن تتم عمليات الهضم والتنفس وتدفق الدم إلى الأعضاء أو الأطراف وغيرها من الوظائف الأخرى من دون أن نعي بها. لا بد من وجود حد أدنى لا يسجل المخ الإحساس قبله، حد تُقبل عنده المؤثرات دون ملاحظتها، لكن بمجرد أن تتعداه يتنبه المخ للخطر المحتمل من الداخل أو الخارج. بمعنى آخر، لا بد من وجود ترموستات دقيق للألم والأحاسيس الأخرى.

عندما تتكرر التجارب الموجعة، يصبح الجهاز العصبي مفرط الحساسية. لذلك ونتيجة للصدمة النفسية، يحدث تعديل في نقل النخاع الشوكي للألم من القناة الهضمية إلى المخ. تُثار الأعصاب المعنيَّة بسبب أضعف المؤثرات. وكلما زادت شدة الصدمة، أصبح الحد الذي يبدأ عنده الإحساس أدنى. وبهذا تؤدي كميةٌ عادية من الغازات في تجويف الأمعاء وقدرٌ عادي من التشنج في جدار الأمعاء إلى التسبب في ألم لدى الشخص المتحسس.

في الوقت نفسه، تصبح مناطق الفص الجبهي من القشرة في حالة يقظة مفرطة، وتتلقى إشارات تهديد من العمليات الفسيولوجية العادية. فإلى جانب الألم الزائد، أبلغ مرضى القولون العصبي عن مستويات أعلى من القلق والتأهب والإعياء في أثناء انتفاخ المستقيم مقارنةً بالأشخاص الأصحاء. في أثناء الضغط النفسي، يضخِّم نشاط المناطق القشرية من إحساس الخطر.

د. لين تشانج هي أستاذة مساعدة في كلية الطب بجامعة كاليفورنيا في لوس أنجلوس ومديرة مشاركة لبرنامج الأمراض العصبية المعوية بجامعة كاليفورنيا في لوس أنجلوس. وقد لخَّصت الفهم الحالي لمتلازمة القولون العصبي بهذه الطريقة: «تساهم الضغوطات الخارجية والداخلية كلاهما في نشأة متلازمة القولون العصبي. تشمل الضغوطات الخارجية سوء المعاملة في أثناء الطفولة ومسببات الضغط المَرَضية الأخرى، والتي تعدِّل قوة استجابة الضغط النفسي وتجعل الفرد المستعد أكثر عرضة للإصابة بالقولون العصبي. في وقت لاحق من حياته، يمكن أن تساهم العدوى

والجراحة والمضادات الحيوية والضغوطات النفسية الاجتماعية في ظهور متلازمة القولون العصبي وتفاقمها».

بالطبع يمكن للضغط النفسي أن يستحث تقلصات الأمعاء. فالنساء اللاتي تعرضن للإيذاء الجنسي على سبيل المثال، معرَّضات للإمساك، حيث تكون عضلات الحوض لديهن مشدودة بشكلٍ مزمن وعاجزة عن الاسترخاء خلال التغوط. في المقابل، يمكن أن يؤدي الضغط النفسي إلى حركات لا إرادية في القولون، كالتي يعانيها من أصيبوا بخوفٍ شديد. وقد اتضح ذلك بصورة جلية مع طبيب شاب تحول إلى فأر تجارب دون علمه: «أعدَّ الباحثون خدعة متقنة بأن أخبروا طالب طب في السنة الرابعة يخضع لفحص تطوعي لتنظير المستقيم بأنهم يرون ورمًا خبيثًا. أدَّى ذلك إلى زيادة انقباض الأمعاء أو «تشنجها»، وهو ما استمر حتى أوضحوا له الخدعة. أكد هذا النوع من الدراسات أن الضغط النفسي يؤثر في وظيفة القولون لدى الأشخاص الأصحاء والمرضى».

وينطبق ما اكتُشف عن القولون العصبي على أمراض القناة الهضمية الأخرى. تعاني باتريشيا، إلى جانب القولون العصبي، حرقة المعدة التي بدت عصية على التفسير الطبي. تتحدث عنها بمرارة قائلة: «لدي تلك المشكلة المعدية المعوية الغامضة التي لم تُشخص قط. إذ تصيبني الحموضة من تناول أشياء غير حريفة على الإطلاق. اضطررت إلى استبعاد أي شيء ذي نكهة من نظامي الغذائي. وما زلتُ أجري التحاليل، وما زالوا يخبرونني أني بخير، أو يجدر بي القول إن أحد التحاليل قد أظهر بالفعل شيئًا من الاضطراب، لكنهم أخبروني أنه لا يتناسب بالمرة مع ما أشعر به فعليًا. وضعوا ذلك الشيء الذي يدخل من أنفي ويهبط إلى المريء، وقاسوا معدل الحموضة. قالوا إن هناك قدرًا ضئيلًا من الحموضة، لكنه ليس كافيًا للتسبب في درجة الألم التي أعانيها. أتناول عقار البانتولوك منذ ثلاث أو أربع سنوات. يفترض به أن يمحو الحموضة تمامًا، وكان يُفترض بي أن آخذه لمدة ستة أسابيع فقط. أتناول أيضا عقار ديوفول أو جافيسكون كل يوم. وما زلت أعاني أعراض الحموضة، لكنهم لا يستطيعون العثور على أي شيء».

الاسم الطبي للمعاناة المزمنة المزعجة من تدفق حمض المعدة إلى المريء هو مرض الارتجاع المعدي المريئي (GERD). درس الباحثون في عام 1992 العلاقة بين أعراض الارتجاع والضغط النفسي فيمن شُخصت إصابتهم بالارتجاع المعدي المريئي. ووُجد أنه في حين زاد وعي هؤلاء المرضى بالحموضة المرتبطة بالارتجاع إلى حدٍّ ملحوظ في أثناء تعرضهم للمحفزات المسببة للضغط النفسي، ظلت معدلات الحموضة ضمن المعايير الموضوعية بغض النظر عن المحفز. بمعنى آخر، خفَّض الضغط النفسي الحد الأدنى للشعور بالألم.

يمكن لاختصاصي معوي غير مطَّلع على الفسيولوجيا العصبية أو سيكولوجيا الألم، مثل الطبيب الذي فحص المريء السفلي لباتريشيا من خلال المنظار، أن يخبرها بضمير مرتاح أن ارتجاع الحمض الذي لاحظه ليس كافيًا لتفسير درجة الألم الذي تشعر به. فتثور باتريشيا، بضمير مرتاح هي الأخرى، مما تراه رفضًا قاسيًا لعرَض يشكِّل مصدر إزعاج يومي شديد في حياتها.

وهذا لا يعني أن مرضى ارتجاع المريء لا يعانون نسبة ارتجاع أكبر مقارنةً بالأصحاء. بل على الأرجح يعانون، ومع ذلك فهي أيضًا إحدى معضلات التفاعل بين المخ والقناة الهضمية. وجد الباحثون الذين قارنوا بين الأصحاء ومرضى الارتجاع أن ضغط العضلة العاصرة للمريء كان أقل في مرضى الارتجاع. وعليه، فقد ساهم انخفاض كفاءة العضلة العاصرة في زيادة معدل نوبات الارتجاع.

ولكن كيف يمكن أن يساهم مخ المرء ونفسيته في الارتجاع؟ يحدث ذلك بسبب العصب الحائر، المسؤول عن انقباض العضلة العاصرة للمريء السفلي، والذي يتأثر بدوره بمنطقة الوطاء. المنطقة التي، كما رأينا، تتلقى المعلومات من المراكز العاطفية في القشرة المعرَّضة للضغط النفسي. وهكذا، يجتمع الحد الأدنى للشعور بالألم في مرضى ارتجاع المريء مع الارتخاء الزائد للعضلة العاصرة –ظاهرتان يمكن ربط كلتيهما بالضغط النفسي.

وصفت النساء الثلاث اللاتي قابلناهن في هذا الفصل تجارب ألم مماثلة، وإن كانت باتريشيا هي الوحيدة التي تلبي مجموعة أعرضها معايير التشخيص الكاملة للقولون العصبي. وعلى عكس غالبية المرضى في دراسات نورث كارولينا، لم تتعرض أي من هؤلاء النساء للاعتداء الجنسي أو الجسدي سواء وهن فتيات صغيرات أو سيدات بالغات. كيف نفسر إذن انخفاض الحد الأدنى للشعور بالألم عندهن؟

إن المعايرة المنخفضة لـ «ترموستات» الألم في الجهاز العصبي لا تستلزم التعرض للإيذاء، فالضغط النفسي المزمن كافٍ لخفض الحد الأدنى للشعور بالألم واستحثاث اليقظة المفرطة في المخ. وفي حين أن الإيذاء يمكن أن يكون مصدرًا رئيسًا لمثل هذا الضغط، فثمة ضغوطات أخرى محتملة قد تقع على الطفل الناشئ، خفية وأقل وضوحًا، لكنها رغم ذلك ضارة. مثل هذه الضغوط حاضرة في العديد من العائلات، على الرغم من وجود أبوين محبين لأطفالهما وتروِّعهما مجرد فكرة إيذائهم. التجارب التي تؤثر في فسيولوجيا إدراك الألم ووظيفة الأمعاء يمكن أن تحدث لأطفال لا يتعرضون مُطلقًا للإيذاء بأي معنى للكلمة، بل ولأطفال يشعرون بالحب والحماية.

كانت الضغوطات الوقتية المسببة لآلام البطن الحادة التي عانتها ماجدة مرتبطة بوظيفتها. ففي الوقت الذي عملت فيه في أحد مستشفيات نيويورك، كان مدير معملها قد استقال مؤخرًا، ولم تكن ماجدة على علاقة جيدة مع بديلته.

قالت: «أضمرت المديرة الجديدة الشر لي منذ البداية. بالنظر إلى الماضي، أظنها كانت تبحث عن طرق للتخلص مني منذ يوم وصولها. كان وضعًا مزعجًا ومتوترًا وبائسًا للغاية أن أحب عملي وأكره البيئة التي أعمل فيها. كنت أعمل لساعات لا تصدَّق. أحضر في السابعة صباحًا. وعادةً ما أغادر في الموعد المحدد في الرابعة – من حيث المبدأ– ما لم يكن لديَّ اجتماع من نوع ما، وهو ما حدث كثيرًا. لم أتوقف قط لتناول الغداء. لم آخذ استراحة قط. كنت آخذ العمل إلى المنزل، وكنت أعمل في عطلات نهاية الأسبوع. لم أحصِ عدد الساعات قط، لكنها كانت طويلة بلا توقف مع ضغوط هائلة وسياسة قذرة، قذرة وخوف رهيب، فلم تكن ثمة وظائف أنتقل إليها في مجال عملي،

حيث إنه تخصص محتضر. لم أرغب قط في العمل بالممارسة العامة، ولم أرغب في معاودة العمل كطبيبة مقيمة لفترة أخرى. حتى مع كل الألم الذي شعرت به، كنت أحضر في السابعة صباح الاثنين ولا أتوقف عن العمل أبدًا، أبدًا. لم أمرض قط. ما كنت لأمنحهم فرصة للتخلص مني. ما كنت لأدعهم يعثرون على أي مشكلة بي أبدًا. لم تكن لديَّ فكرة عما سأفعله بحياتي إن حدث ذلك. أردت الرحيل بشدة، غير أنِّي لم أكن أدري ما سأفعل حينئذ».

وُلدت ماجدة بمخيم للاجئين في أوروبا الشرقية بعد الحرب. ولأنها ابنة لأبوين ناجيَين من الهولوكوست من بولندا، أصيبت بصدمة ثانوية من تجربتهما. لطالما حملت عبئًا ثقيلًا من الذنب والمسؤولية بسبب معاناة والديها والمشاق التي استمرا في مواجهتها. لم يكن قرارها بدخول المجال الطبي وليد ميولها الخاصة. كان الدافع وراء ذلك هو إدراكها لاحتياجات أبويها وتوقعاتهما وبرغبتها في تخفيف قلقهما حيال أمانها في المستقبل.

تقول: «لو كان لأحدٍ أن ينظر إلى مهاراتي الطبيعية، لوجدني بارعة في اللغات وبارعة في شرح الأمور. ما كنت لأدخل مجال الطب أبدًا لو كانت لي حرية الاختيار. في الواقع، كنت أكره الكثير بشأن الطب، ولكن تحتَّم عليَّ أن أنكر ذلك بيني وبين نفسي. كرهت العديد من المواد الدراسية. وكنت على شفا الرسوب في علم التشريح. كان كابوسًا مطبقًا. لم أستطع فهم الرياضيات. لم أستطع فهم الفيزياء. ليس عقلي من هذا النوع. لم أبرع قط في العمل السريري. لا أدري إن كان سبق لي في حياتي أن سمعت إحدى النفخات الانبساطية[1]! لست أملك ببساطة هذا النوع من المهارة. لا أظنني تحسست يومًا طحالًا، كنت أتظاهر أنني أفعل لا أكثر. لم تكن تلك أشياء أجيد أو أحب فعلها ببساطة. ظننت أن ما أريده هو أن أكون طبيبة. لم يطلب مني أبواي قط أن أفعل، ولا حذراني يومًا من فعل شيء آخر. لقد ذكرا فحسب مرات كثيرة أن من الرائع أن يكون المرء قادرًا على مساعدة الآخرين، وكيف أن حتى النازيين كانوا يحتاجون إلى الأطباء».

---

(1) النفخة الانبساطية هي صوت يصدر في أثناء دقات القلب يمكن سماعه باستخدام سماعة الطبيب. لا تعد تلك النفخات مرضًا في حد ذاتها ولكنها قد تشير إلى مشكلة كامنة في القلب. (المترجمة).

- نعم، اعتدتُ سماع ذلك أيضًا. وأن الأمان هو أن تحمل معرفتك معك طوال الوقت في حقيبتك.
- صحيح، وليس لأحد أن يسلب ذلك منك. وبغض النظر عن الزمان، وبغض النظر عما يحدث، فالأطباء مطلوبون على الدوام. ويمكنك أن تكون مدير نفسك وما ألطف ذلك. لقد غسل أبواي مخي منذ سن صغيرة جدًّا.

ثم أصبحتُ باحثة معملية وليس طبيبة «عادية» بالطريقة التي تخيلها والداي. لم تفهم أمي عملي قط ولم ترضَ حقًّا مُطلقًا. كان عملي في المرتبة الثانية نوعًا ما. فأنا لا أضع سماعة الطبيب على المريض ولا أكتب الوصفات الطبية، ولا أفعل كل تلك الأمور التي يفعلها الأطباء الحقيقيون. كل ما أفعله هو النظر إلى العينات والشرائح. هي لا تقولها في وجهي، لكنها تشعر دائمًا بخيبة أمل إلى حد ما.

عندما أدركتْ ماجدة أن العلاج الطبي التقليدي لن يقدم لها الكثير، بدأتْ العلاج النفسي. حينها بدأ غضبها العميق المكبوت منذ الطفولة تجاه والديها في الظهور.

تقول: «كنت أختصر الطريق بتحميل أبي مسؤولية حياتي المفعمة بالغضب، لأنه كان يصيح ويصرخ ولشد ما كان يخيفني عندما كنت طفلة. لكن المشكلة الأكبر كانت علاقتي بوالدتي. كنت أظنها رائعة وأننا أفضل صديقتين. كانت صديقتي وداعمتي وحليفتي والشخص الذي كان يستمع إليَّ لساعات كلما عدت من المدرسة، والشخص الذي شعرت بالقرب منه وبأنه يتفهمني وكل تلك الأمور. استلزم الأمر الكثير والكثير من الجلسات لكشف حقيقة أن تلك العلاقة في الحقيقة كانت من نوعية رديئة للغاية. لقد أضعفتني بكل تلك الحماية. تركتني في سذاجة تامة، اجتماعيًّا وداخليًّا، ولم تساعدني على النمو لأصبح شخصًا مستقلًّا بذاته. لقد أبقتني -بحسن نية- غير ناضجة على الإطلاق. ومن الأمور الأخرى أيضًا أنها كان تروي لي قصصًا عن الهولوكوست. يستمع الأطفال الآخرون إلى قصص الجنيات وأنا استمعت إلى قصص الهولوكوست... الكثير من القصص غير اللائقة».

- هل تشعرين أن معرفة أمور الهولوكوست لم تكن لائقة بالنسبة إليك؟

- لم تكن لائقة في عمر الثالثة أو الرابعة، عندما بدأتْ في قصِّها عليَّ. لا أعرف كم كان عمري تحديدًا، لكني لا أذكر وقتًا لم أستمع فيه إلى قصص عن كيف كادت عائلتي بأكملها تُقتَل بسببي عندما عبرنا الحدود للهرب من بولندا، وعن كيف أنني كنت أبكي عندما يحملني أي شخص باستثناء أمي، لكني كنت ثقيلة الوزن فتعثرتْ أمي وسقطتْ وأسقطتني في النهر، ولإنقاذي من الغرق، تعرَّضوا جميعًا لإطلاق النار وهم يصرخون طلبًا للمساعدة. ثم أصيبت أمي بخلع في كتفها ولم تتعافَ قط منذ ذلك الحين.

لم يقل والداي قط إن الحياة كانت لتصير أسهل من دون طفلة. لقد أرادا طفلة، وقد أحباني. لكن الشعور بأنني كنت المشكلة ما زال يستولي عليَّ.

بالنظر إلى الصدمة التي عاناها والداها والظروف المحيطة بسنوات نشأتها، كان اختيار ماجدة لتجاهل ميولها أمرًا لا مفر منه تقريبًا. وقد تركها هذا الاختيار أيضًا عرضة للضغط النفسي بشكل خطير. كان اعتقادها بأنها عالقة في وظيفة تشعر فيها برفض مديرة معملها الجديدة محفزًا منطقيًّا لآلام البطن الطاحنة التي عانتها. لم تستطع في هذا الوضع توكيد ذاتها أكثر مما استطاعت وهي بعد طفلة في منزل أسرتها. كان منبع ألمها، كما أدركتْ لاحقًا، هو قمعها اللاواعي للغضب.

ذكرنا أن مشاعر البطن (أو مشاعر الحدس) هي جزء مهم من الجهاز الحسي للجسم، تساعدنا في تقييم البيئة وتقييم ما إذا كان الوضع آمنًا أم لا. تضخِّم مشاعر البطن المُدركات التي تعتبرها مراكز المخ العاطفية مهمة، ثم تحملها إلى منطقة الوطاء. وهكذا يصبح ألم البطن إحدى الإشارات التي يبعث بها الجسم رسائل لا ينبغي لنا تجاهلها. يمكننا القول إذن إن *الألم هو أيضًا وسيلة إدراك*. فمن الناحية الفسيولوجية، لا تعدو مسارات الألم كونها مجرد رُسُل تنقل المعلومات التي نمنعها من الوصول إلينا بطرق أكثر مباشرةً. إن الألم وسيلة احتياطية قوية للإدراك، ينبهنا عندما تتوقف وسائلنا الأساسية عن العمل، إنه يزودنا بالبيانات التي نتجاهلها على حساب سلامتنا.

كانت طفولة فيونا، التي نُسبت آلام بطنها في البداية إلى «القولون التشنُّجي» ثم عزيت في النهاية إلى القولون العصبي، أخفَّ مأسَوية من طفولة ماجدة، ومع ذلك ثمة صدى عاطفي قوي في خوفها المزمن من ألا يتقبلها الآخرون كما هي.

تقول: «أعتقد بأمانة الآن بعد أن صرت امرأة بالغة وعرفت أبي من منظور البالغين، أنه لم يتعمَّد أن يحكم عليَّ بسبب أي شيء فعلتُه، لكنه كان دائمًا ينتقد ويقيِّم. عندما كنت في السابعة عشرة من عمري، قلت لصديقة لي في كالجاري إنني لم أحظَ بوظيفة حقيقية حتى الآن وكنت أشعر بالفعل حينها أن سيرتي الذاتية لا ترقى إلى مستوى سيرة أختي وأخي. ذلك لأن الحياة مع أبي كانت دائمًا أشبه ببناء سيرة ذاتية وليس فعل ما تحب فعله ببساطة».

سألتُها: «في طفولتك هل سبق وأخبرتِ والديك عند شعورك بالسوء من أمرٍ ما؟».

- جسديًّا، نعم. ولكن ليس عاطفيًّا أبدًا. لم أبرع قط في الحديث عن تلك الأمور. لا أدري السبب. أعتقد فقط أنها أمور شخصية وخاصة للغاية. لكنني أتحسن. ما كنت لأتحدث معك قط منذ خمس سنوات.

في الوقت الذي أجرينا فيه مقابلتنا، كانت الضغوط الوقتية في حياة فيونا نابعة من زواجها. كان قد مضى على هذه العلاقة ثماني سنوات وكان لديها طفلان.

تقول: «يعاني زوجي الاكتئاب ونوبات الهلع. تمر عليه لحظات مفعمة بالقلق حقًّا، هكذا كان منذ عرفته. إنه رجل عظيم وأنا أحبه كثيرًا. لكن على الرغم من طيبة قلبه فإن الاعتناء به منهِك للغاية. إنني أشبَه بأم له. لديَّ ثلاثة أطفال: طفل في التاسعة والثلاثين وطفلين في السادسة والثانية من العمر».

- تلك هي المشكلات التي تدركينها. هل يمكن أن تكون الآلام التي تعانينها تجسيدًا لشيءٍ آخر لا تنتبهين إليه؟ فبدلًا من النظر إلى الآلام كمشكلة، ربما هي حقًّا مجرد مشاعر باطنية تريد إخبارك بشيء ما. عندما لا تعيرين الإشارات العاطفية انتباهًا، يقول جسمك: «حسنًا، إليكِ بعض الإشارات الجسدية». وإذا لم تعيريها انتباهًا هي الأخرى، تعلَقين في متاعب كبيرة.

بعد أسبوع من المحادثة، عاودت فيونا الاتصال بي. أباحت لي بأن زوجها لديه مشكلة حقيقية مع إدمان المخدرات تجاهلتْها لفترة طويلة. كانت تكبت قلقها وغضبها، وأرادت التمسك بأمل طفولي في أنه سوف يُقلع. وبعد مقابلتنا، بدأت تعيد التفكير في وضعها.

أما باتريشيا، التي عانت متلازمة القولون العصبي وارتجاع المريء، فقد عاشت أصعب طفولة من الناحية العاطفية بين النساء الثلاث اللاتي ورد ذكرهن في هذا الفصل. لقد نشأت متصورة ليس فقط أن الآخرين لا يتقبلونها كما هي، وإنما لا يرغبون في وجودها بالأساس.

تقول: «أعرف أنني لم أكن مرغوبة. لست متأكدة متى أول مرة أدركت فيها ذلك، ربما في مراهقتي وربما بعد أن كبرت. فكَّرت في الأشياء التي قالتها لي أمي، وأدركت أن الإشارات كانت حاضرة منذ كنت طفلة. لم أتعرف عليها في حينها. لم أعرف سوى أنني كنت أشعر بعدم الراحة. لطالما قالت: «أتعرفين؟ لا أظنك تنتمين إلى هذه العائلة. أعتقد أنهم أعطونا الطفلة الخطأ». وكانت تقولها بابتسامة على وجهها. ولكن بالطبع غالبًا ما يتظاهر الناس بالمزاح عندما يقولون شيئًا جادًّا».

تزداد احتمالية إصابة مرضى القولون العصبي بأعراض أخرى في مناطق أخرى بالجسم مقارنة بالآخرين. الحساسية للألم -الصداع النصفي على سبيل المثال- هي مشكلة يتعرض لها العديد من مرضى القولون العصبي، وهي حقيقة يمكننا فهمها بسهولة إذا استوعبنا نظرية تحسس الجهاز العصبي إثر تعرُّضه لتجربة مسببة للضغط النفسي. يمكن للإدراك المفرط للألم أن يصبح عامًّا، كما يتضح من التاريخ الطبي لباتريشيا، فبالإضافة إلى القولون العصبي وارتجاع المريء، تعاني باتريشيا أمراضًا أخرى، بما فيها التهاب المثانة الخلالي والفيبرومالجيا.

في دراسة نورث كارولينا، وُجد أن غالبية النساء المرضى بالقولون العصبي تعرضن للاعتداء، ووُجد أيضًا أن طبيب الحالة لم يكن على دراية بتفاصيل الصدمة إلا في 17 بالمئة فقط من حالات الاعتداء. إن الاستبعاد العملي لتواريخ حياة الناس من النهج الطبي للمرض يحرم الأطباء من أدوات شفاء قوية. كما يجعلهم عُرضة لتبنِّي أمل يائس في حدوث معجِزة دوائية.

وخير دليل على ذلك كان الظهور الخطير لـ «عقار مُعجزة» يعالج متلازمة القولون العصبي.

في 24 أكتوبر من عام 2000، حملت «ميديكال بوست»، وهي صحيفة أسبوعية يقرؤها العديد من الأطباء الكنديين، عنوانًا حماسيًّا يقول: «دواء جديد يخفف أعراض القولون العصبي لدى النساء». ذكر المقال أن دواءً جديدًا يدعى ألوزيترون «قد تبيَّن بعد التجارب السريرية أنه آمن وليس له آثار جانبية، يخفف الألم بسرعة وبشكل كبير ويحسِّن وظيفة الأمعاء في مرضى القولون العصبي، لا سيما لدى النساء اللاتي يأتي مرضهن مصحوبًا بإسهال شديد». واستُشهد بجهة كندية رائدة تجيز العقار وتأمل أن تتبعها الجهات النظيرة لها: «أصبح لدى الأطباء فرصة علاج فعَّال للقولون العصبي... إن عدم فهمنا لسبب الأعراض يترك مرضى القولون العصبي شاعرين بالإحباط. بعض المرضى لا يتسنى لهم الشعور بالراحة».

وردَّد خبير آخر، رئيس قسم الطب في إحدى الجامعات الكندية، هذا التقييم الإيجابي للدواء المتوفر حديثًا قائلًا: «إنه اكتشاف مثير حقًّا... لا يملك المرضى سواه الآن. ما من أدوية أخرى ناجحة. وقد وجدنا أحدها أخيرًا».

قبل صدور هذا المقال بأربعة أشهر، كانت صحيفة «ميديكال ليتر»، وهي نشرة أسبوعية محترمة عن الأدوية، قد ذكرت أنه لا يوجد دليل على أن عقار الألوزيترون يقدِّم أي مزايا مختلفة عن العلاج المعتاد. بالنسبة إلى المرضى الذين تحسَّنوا فعليًّا مع الدواء، فقد اختفت فوائده بعد أسبوع واحد من الإيقاف. وأشارت «ميديكال ليتر» أيضًا إلى أن بعض النساء اللائي تناولنه أصبن بالتهاب القولون الإقفاري، وهو عرَض كارثي محتمل تتلف فيه أنسجة الأمعاء نتيجة نقص الأكسجين الناجم عن قصور الدورة الدموية.

في الولايات المتحدة أيضًا استُقبل عقار الألوزيترون بحفاوة كبيرة. وافقت عليه إدارة الغذاء والدواء في فبراير من عام 2000. وبحلول نهاية نوفمبر، بعد شهر واحد فقط من صدور المقال الحماسي لصحيفة «ميديكال بوست»، أجبرتْ إدارةُ الغذاء والدواء الشركةَ المصنِّعة على سحب الدواء. ازداد عدد النساء اللاتي يُدخَلن إلى المستشفى بالتهاب القولون الإقفاري، وتطلبت حالة الكثير منهن تدخلات جراحية. وأفيد بأنه في إحدى الحالات على الأقل

توجَّب استئصال قولون المريضة بالكامل. وظهرت تقارير أيضًا عن حدوث وفيات.

عندما توصف أدوية في حالة مزمنة مثل القولون العصبي، ينبغي في العادة تناولها لأشهر أو سنوات. إنه لأمر محفوف بالمخاطر أن نلتزم بعقار جديد لم تُثبت سلامته على المدى الطويل بمجرد ظهوره لأول مرة على رفوف الصيدليات. ولا ينبغي للأطباء والمرضى اللجوء إلى دستور الأدوية في حين أن تأثير العوامل النفسية على المرض قد أُثبت بما لا يدع مجالًا للشك. ثمة أدلة بحثية مشجعة تفيد بأن أدنى حد من التدخل النفسي يمكن أن يؤتي ثماره: «في إحدى تجارب بحث العلاج السلوكي المعرفي للمرضى الذين يعانون متلازمة القولون العصبي، أدت ثماني جلسات علاج جماعية لمدة ساعتين على مدى ثلاثة أشهر إلى زيادة عدد الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية الفعالة وتناقص متزامن للشكوى من آلام البطن. فضلًا عن أن التحسن كان مستمرًّا في فحوصات المتابعة التي أُجريت بعد مرور عامين».

تعاملت ماجدة، الطبيبة النيويوركية، مع آلام بطنها المضنية بالعمل على غضبها المكبوت خلال جلسات العلاج النفسي. وانخرطت أيضًا في مهنة أكثر ملاءمة لميولها وشخصيتها.

تقول: «اختفى شعوري بالألم لثمانين بالمئة من الوقت منذ أمدٍ طويل. وخلال الشهرين أو الثلاثة أشهر الماضية، مررتُ بالمزيد من التحسن. كنت أنظف ثلاجة مكتبي قبل فترة وجيزة، حيث أحتفظ هناك بزجاجة من البنتيلول (دواء لتخفيف تقلصات الأمعاء). صدقًا لا أستطيع أن أتذكر متى آخر مرة تناولتُه. لا بد أن ذلك كان منذ بضعة أشهر».

قررت فيونا أن تأخذ على محمل الجد التحذيراتِ التي ترسلها آلام بطنها. تركت زوجها عندما اتضح لها أنه غير مستعد للتخلي عن إدمانه للمخدرات. انتقلت مع طفليها إلى مدينة جديدة ورفعت دعوى الطلاق. ولم تعد تعاني الألم.



12

سأموت من الأعلى أولًا

أصبح مرض ألزهايمر كابوس مواليد جيل الطفرة السكانية، فقد ضمن الرخاء وتطور الرعاية الطبية أن تعيش الفئة المُقبلة على منتصف العمر الآن لفترة أطول من أي فئة مماثلة لها في التاريخ، وأن يشهد أصحابها نتيجةً لذلك وقوعًا في الخرف أكثر من أي جيل سبق. من المتوقع أن يزداد عدد الكنديين المسنين بنسبة 50 بالمئة في نصف القرن المقبل. تبلغ وفيات مرض ألزهايمر في الولايات المتحدة 100000 شخص سنويًّا، وقُدِّر عدد المصابين في عام 1999 بأربعة ملايين مريض. يُتوقع أن تصل هذه الإحصائية الأخيرة إلى خمسة عشر مليونًا بحلول عام 2050، في حال استمرار المؤشرات الحالية.

إن الظروف التي تؤدي بالناس إلى الخرف -أو «الجنون» حرفيًّا- تصبح أكثر شيوعًا مع تقدمنا في السن. يعاني ثلاثة بالمئة من البشر في سن السبعين مرض ألزهايمر أو غيره من أشكال الخرف الأخرى، وبحلول سن السابعة والسبعين يرتفع هذا الرقم إلى 13 بالمئة. تصبح التكلفة المالية على مقدِّمي الرعاية هائلة، وكذا العبء الجسدي والعاطفي. فكيف بأصحاب العقل السليم أن يتخيلوا المعاناة التي يمر بها شخص يشهد ذاكرته وعقله وذاته إذ يتلاشون في فوضى طفولية؟ يفقد السيطرة على التعبير العاطفي والكلام

والوظائف الجسدية شيئًا فشيئًا، وإذا استمر المرض في مساره الطبيعي، يأتيه الشلل متبوعًا بالموت.

يقول أحد مرضى الألزهايمر: «هذا أسوأ ما يمكن أن يصيب إنسانًا مفكرًا، يمكنك أن تشعر بنفسك تنهار بكل ما فيك، داخليًّا وخارجيًّا».

كان المريض يتحدث إلى ديفيد شينك مؤلف كتاب «النسيان»، وهو كتاب تنويري عن تاريخ مرض ألزهايمر.

يقتبس شينك أيضًا من جوناثان سويفت[1]، الكاتب الأيرلندي الساخر خفيف الدم من القرن السابع عشر الذي كان من عمالقة الفكر قبل أن يتحول عقليًّا إلى قزم في سنواته الأخيرة، حينما خذلته ذاكرته وتبعثرت أفكاره.

رثى سويفت نفسه في رسالة كتبها خلال المراحل الأولى من خرفه يقول: «أنا لا أقرأ ولا أكتب، ولا أتذكر ولا أتحدث».

وفي رسالة أخرى قال: «لم أعد أستطيع كتابة عشرة أسطر دون الوقوع في أخطاء ساذجة، وهو ما يمكن لأي امرئ أن يراه من كم الخربشات وبُقع الحبر التي تراكمت خلال إتمامي هذه الرسالة. وإلى جانب ذلك، لم أعد أملك ولو شذرة واحدة من الذاكرة».

أولى البنيات التي تتدهور في مرض ألزهايمر هي الحُصين، مركز المادة الرمادية في الفص الصدغي للمخ، والذي يقع على جانبَي الأذنين. يلعب الحصين دورًا نشطًا في تكوين الذكريات ويضطلع بوظيفة مهمة في تنظيم الضغط النفسي. ولا يخفى على أحد أن الارتفاع المزمن في مستويات هرمون الضغط النفسي (الكورتيزول) يمكنه أن يقلص حجم الحصين.

هل يُحتمل أن تتسبب تجارب الحياة السابقة والقمع العاطفي والضغط النفسي طويل الأمد في الإصابة بمرض ألزهايمر؟ البحوث العلمية تؤكد ذلك. وكذا النظر من كثب في حياة مرضى الألزهايمر، سواء كانوا أناسًا عاديين أو مشاهير، مثل سويفت أو رئيس الولايات المتحدة السابق رونالد ريجان. تمدنا التجارب على الحيوانات بدليل مثير للاهتمام، مفاده أن العلاقات المبكرة قد

---

(1) جوناثان سويفت هو كاتب سياسي هجّاء وشاعر ورجل دين. ومن أشهر أعماله قصة «رحلات جاليفر» التي نشرها عام 1726. (المترجمة).

يكون لها دور حاسم في التطور اللاحق للخرف. ففي هذه التجارب، لم تعانِ الفئران التي لاقت معاملة حسنة في الطفولة أيَّ فقدان لخلايا الحصين في سن متقدمة. ظلت قدرتهم على التذكر سليمة. وفي المقابل، كانت الفئران التي لم تلقَ معاملة حسنة أكثر عرضة للمعاناة من انكماش الحصين، وأظهرت قصورًا أكبر في الذاكرة في سن الشيخوخة.

أما في البشر، فقد وجدت دراسة شهيرة أُجريت على الراهبات أن الفقر اللغوي في الصغر كانت له علاقة وثيقة بالخرف والموت المبكر في أواخر العمر. فحص البحث بأثر رجعي السير الذاتية المكتوبة بخط اليد لمجموعة من الراهبات الشابات (المبتدئات)، والتي كتبنها خلال عامهن الأول بالدير. كان متوسط أعمارهن وقت كتابة التقرير ثلاثة وعشرين عامًا. وبعد أكثر من ستة عقود، طلب الباحثون الاطلاع على تصريحات السيرة الذاتية التي أدلت بها كل منهن، وبالإضافة إلى ذلك، أُخضِعت هؤلاء الراهبات المسنات للفحص للتأكد من صحتهن العقلية وإدراكهن. طُلب من كل راهبة كجزء من الدراسة منح الإذن في إجراء تشريح بعد وفاتها. وقد تبين أن من أظهرن شحًّا في الأفكار واستخدمن لغة أقل حيوية في مذكراتهن الشبابية كن أكثر عرضة بالتناسب للإصابة بمرض ألزهايمر مع تقدمهن في السن، إلى جانب إبداء سمات المرض المميزة في المخ.

إن ثراء اللغة أو فقرها يحدده الكثير من العوامل، ولكن السائد بينها هو جودة العلاقات العاطفية في الصِّغر. يبدو أن مؤلف الرواية العالمية الكلاسيكية «رحلات جاليفر» كان يعاني ضعفًا في قدرته اللغوية. بنظرة فاحصة، تُظهر حياة جوناثان سويفت وكتاباته فقرًا في التجربة العاطفية *المحسوسة* والتعبير العاطفي *المباشر*. لقد اقتصرت قدراته الاستثنائية إلى حد بعيد على الأفكار المجردة والفكاهة اللاذعة الجافة لدرجة أنها استعصت على القراء الأقل تمرسًا. وكما رأينا في حالة جيلدا راندر، يمكن للفكاهة أن تصبح أسلوب تكيف لحجب الألم العاطفي الواعي وتمويه الغضب، ومنح صاحبها وسيلة لنيل قبول الآخرين.

يمكننا استقراء المشاعر السلبية الكثيفة التي أججت سويفت، خصوصًا غضبه تجاه النساء، من الأسلوب السلبي العدواني الذي استخدمه في هجائه

الوقح ومن بعض المقتطفات الوصفية الفجة في رواياته. يحكي سويفت عن واحدة من أكثر التجارب المقززة التي تعرَّض لها جاليفر في رحلاته، والتي حدثت عند لقائه ثديًا أنثويًّا في أرض العمالقة «بروبديناج». راقب جاليفر في هذا المشهد مرضعة ترضع طفلًا. يقول: «يجب أن أعترف أنني لم يثِر اشمئزازي شيء قط أكثر من مرأى صدرها الوحشي، الذي لا يسعني مقارنته بأي شيء... كان يبرز لستة أقدام، ولا يمكن لمحيطه أن يقل عن ستة عشر قدمًا. بلغت الحلمة حجم نصف رأسي تقريبًا، وكان لونها ولون الضرع متباينًا مع البقع والبثور والنمش، بحيث لا يمكن لشيء أن يثير الغثيان أكثر منه».

يمكننا أن نفهم هذه الواقعة المزعجة على مستوى أعمق عندما نعلم بأن سويفت عانى أذى عاطفيًّا جسيمًا في طفولته، وهو الأذى الذي نسبه لاحقًا إلى مربيته. تُوفي والد سويفت، والذي يُدعى جوناثان هو الآخر، قبل سبعة أشهر من ولادة ابنه الأول والوحيد. لم يكد جوناثان يكمل عامه الأول حتى انفصل عن والدته أبيجيل. لم يرها لسنوات. في جزء من سيرته الذاتية، يدَّعي سويفت أن المربية اختطفته، لكن بالنسبة إلى بعض كُتَّاب السيرة الذاتية، فذلك لا يعدو كونه مجرد «حكاية مسلية». الأرجح أن والدته هجرته، لأنها رحلت عنه مرة أخرى بعد لم شمل قصير جمعهما.

لكن لقاء جاليفر بهذا الثدي الوحشي يجسد دون ريب ذكرى عاطفية متأصلة. إننا هنا نواجه يأس الطفل جوناثان وغضبه من غياب أمه المفاجئ، التي –في تصور طفلٍ لم يتعلم الكلام بعد– قد استُبدلت بها لأسباب مجهولة مرضعة بغيضة ذات ضرع مقيت.

لم يلتقِ جوناثان والدته مجددًا إلا بعد أن صار في العشرين من عمره. كان لقاءً سعى هو إليه. وبطريقة كثيرًا ما تُرى فيمن عانوا القمع العاطفي، وضع جوناثان ذكرى أمه في إطار مثالي على الرغم من علاقته الطفيفة بها. قال في النعي الذي كتبه بعد مماتها: «إذا كان السبيل إلى الجنة هو التقوى والصدق والعدل والإحسان، فإن أمي هناك».

اندلع غضب سويفت المكبوت منذ أمد تجاه والدته في وقت لاحق، ليس فقط في كتاباته المعادية للمرأة ولكن أيضًا في علاقاته مع النساء. كان يعاملهن بـ «غضب فاتر وصامت» أو حتى بعنف جسدي. كان يعاني كبتًا

جنسيًّا. كتبت فيكتوريا جليندنينج، إحدى كاتبات السير الذاتية في العصر الحديث، تقول: «كان يحافظ على صقيع عاطفي دائم مع النساء المقربات إليه. لا يمكن المخاطرة بذوبان الجليد. لا يمكن لأحد أن يمارس سلطة عليه، سلطة إذابة رباطة جأشه، سلطة أن يؤذيه، كانت منافذه العاطفية الممكنة محدودة وآمنة، إذ لم يجدها إلا مع النساء الضعيفات الخاضعات».

إن اشمئزاز سويفت من الحميمية طوال حياته وخوفه الضمني من الاتصال العاطفي أو الهشاشة، إنْ هما إلا استجابات دفاعية لطفل حُرم من الرعاية العاطفية، طفل كان عليه أن يتعلم سريعًا كيف يعتني بنفسه. «لقد خلت حياة الطفل جوناثان من البالغين فلم يعتنِ به أحد بشكل خاص ولا اهتم هو لأحد».

قد يُظهِر بعض الأشخاص شديدو الحساسية إدراكًا خارقًا للعمليات العميقة الخفية التي تجري داخل الجسم / العقل. رأينا هذا من قبل، مع عازفة التشيلو جاكلين دو بري والراقصة جوان اللتين تُوفيتا بالتصلب الجانبي الضموري. وقد حدث هذا مع سويفت، الذي توقع إصابته بالخرف قبل وفاته بثلاثة عشر عامًا، في وقت كان ما زال يتمتع فيه بصحة جيدة. كتب في قصيدته «أبيات عن موت الدكتور سويفت» يقول:

السيد المسكين يذوي سريعًا
ترى ذلك في وجهه صريحًا
ذاك الدوار القديم في رأسه
لن يتركه أبدًا حتى يلقى حتفه
وفوق ذلك ذاكرته تزول
ولا يتذكر ما يقول
لا يمكنه تذكر أصدقائه
وينسى آخر مرة أين تناول غداءه...

وقد عبَّر عن نفس الهاجس في أثناء سيره مع صديق، حينما رأى شجرة متهدلة فقال: «سأكون مثل تلك الشجرة، سأموت من الأعلى أولًا».

مات سويفت في عمر السابعة والستين، التي تُعد سنًّا متقدمة إلى حدٍّ ما في عصره. كانت سنواته الأخيرة أشبه بتردٍّ عتيد داخل غياهب الخرف. بيد أنه استطاع وهو على فراش الموت أن ينطق بالحكمة المؤثرة، وإن خرجتْ بشكل روتيني دون وعي منه.

كتبت جليندنينج تقول: «في أحد الأيام في الأشهر الأخيرة الحزينة –يوم الأحد 17 مارس 1744– كان سويفت جالسًا على مقعده، حينما مد يده لينتزع سكينًا ملقاة على الطاولة. أزاحتها آن ريدجواي بعيدًا عن متناوله. فهز كتفيه وأخذ يتأرجح للأمام والخلف قائلًا: «أنا ما أنا عليه». ومضى يردد الكلمات: «أنا ما أنا عليه. أنا ما أنا عليه»».

يبلغ متوسط العمر المتوقع لمريض الألزهايمر من التشخيص إلى الوفاة ثماني سنوات، بغض النظر عن السن التي يظهر فيها المرض. في حالات نادرة، قد يحدث ذلك في سن مبكرة كما العقد السادس من العمر. وذلك هو ما حدث مع السيدة أوجست دي، المرأة ذات الواحد والخمسين ربيعًا والتي أُدخلت إلى مستشفى الأمراض النفسية في فرانكفورت عام 1901، بتاريخ من العادات السلوكية الغريبة غير المبرَّرة والانفجارات العاطفية وسقطات الذاكرة. بلغ ضعفها الذهني والجسدي المتفاقم ذروته قُبيل وفاتها بعد أربع سنوات من دخول المستشفى. لم يُعرَف لحالة السيدة دي تشخيص، ولكن بعد وفاتها انتهى مرضها بأن حمل اسم طبيبها النفسي العبقري «ألويس ألزهايمر».

رغم أن التدهور الذي عانته السيدة دي كان يشبه خرف الشيخوخة، والذي اعتُقد في السابق أنه نتيجة طبيعية، وإن كانت مؤسفة، للشيخوخة، فإن السن الصغيرة نسبيًّا لمريضة ألزهايمر أخبرته بأنها تعاني مرضًا لم يُكتشف بعد. أتاحت التقنيات المختبرية الجديدة في ذلك الوقت إجراء تشريح لمخ السيدة دي، والذي أسفر عما يُعرف الآن بأنه السمة المميزة للتشخيص: تغيُّرات مَرَضية في أنسجة المخ ينفرد بها هذا المرض. تختفي الألياف العصبية الطبيعية، ويحل محلها تشابكات من خيوط غريبة تسمى *الليفات*، مقرونة

بلويحات يصفها ديفيد شينك بأنها «كتل بنية قشرية... مزيج من الحبيبات والخيوط القصيرة الملتوية، كأنها مغناطيس دبق للنفايات المجهرية».

بعد العمل ارائد لألزهايمر، بتنا الآن نعرف أن الخرف ليس جزءًا لا يرحم من التقدم في السن وإنما هو مرض. طُرحت نظريات مختلفة لتفسير الألزهايمر، ولم يكن أي منها مقنعًا حتى الآن. اكتُشف منذ بضع سنوات أن المخ المصاب بمرض ألزهايمر يحتوي على مستويات أعلى من المعتاد من الألومنيوم، مما حدا بكثير من الناس إلى التخلص من أواني الألومنيوم الخاصة بهم على أمل درء المرض. ولم يُعرف إلا في وقت لاحق أن وجود هذا المعدن في المخ كان نتيجة لعملية الانحلال، وليس سببًا لها. والأغرب كان العثور على التشابكات واللويحات في أدمغة أشخاص لم تظهر عليهم خلال حياتهم أي علامة على الإطلاق من معاناتهم بسبب مرض ألزهايمر. (سبق وتحدثنا عن اكتشافات مماثلة لخلايا سرطانية في أثداء نساء لم يصَبن بأي أورام خبيثة سريرية، أو في بروستاتا رجال ماتوا بصحة جيدة في سن كبيرة). ثم أتى المثال الأهم في الدراسة التي انتهت حديثًا على الراهبات ومرض ألزهايمر. «كانت الأخت ماري المقياس الذهبي لدراسة الراهبات. كانت امرأة بارزة حصلت على درجات عالية في الاختبارات المعرفية قبل وفاتها عن عمر يناهز 101 سنة. والأغرب هو أنها حافظت على هذا المركز الرفيع على الرغم من وجود وفرة من التشابكات الليفية العصبية ولويحات الشيخوخة، الآفة الكلاسيكية لمرض ألزهايمر».

يحظى الرأي العلمي العالمي بتأييد متزايد يشير إلى مرض ألزهايمر باعتباره أحد أمراض طيف اضطرابات المناعة الذاتية، جنبًا إلى جنب مع التصلب المتعدد والربو والتهاب المفاصل الروماتويدي والتهاب القولون التقرحي والعديد من الاضطرابات الأخرى. أكرر: إنها الأمراض التي ينقلب فيها جهاز مناعة الجسم ضد نفسه. في أمراض المناعة الذاتية، يحدث خلط بين ما ينتمي إلى الجسم وما لا ينتمي إليه: أي الأجسام الغريبة التي ينبغي مهاجمتها.

«عدوانية المناعة الذاتية» هو المصطلح الذي وصف به الباحثون الروس مؤخرًا مسار مرض ألزهايمر. اكتشف الأطباء الكنديون ارتفاعًا في معدل

الإصابة بأمراض المناعة الذاتية في أفراد أسرة مريض الألزهايمر، مما يشير إلى وجود استعداد وراثي مشترك. وقد نجح إبطاء التهاب أنسجة المخ في داء الألزهايمر –والذي أطلق عليه مجموعة من العلماء الإيطاليين *الشيخوخة الالتهابية*– باستخدام نفس الأدوية المضادة للالتهاب والمستخدَمة في علاج التهابات المفاصل. كذلك عثر الباحثون الإسبان على مكونات من الجهاز المناعي، بما فيها الخلايا المناعية والمواد الكيميائية المتخصصة، في أنسجة أدمغة المرضى. كما تعرَّف العلماء على أجسام مضادة فريدة تحارب المخ يصنِّعها جهاز المناعة المشوش. وفقًا للباحثين النمساويين: «من شبه المؤكد أن الجهاز المناعي يلعب دورًا في عملية التنكُّس العصبي في مرض ألزهايمر».

تنطوي جميع أمراض المناعة الذاتية على اختلالات في نظام ضبط فسيولوجيا الضغط النفسي بالجسم، لا سيما التدفق الهرموني المنبعث من الوطاء. تتكلل فورة الهرمونات تلك بإفراز الغدة الكظرية لهرمونَي الكورتيزول والأدرينالين. أظهرت العديد من الدراسات استجابات مضطربة للضغط الفسيولوجي في مرضى الألزهايمر، بما في ذلك الإنتاج غير الطبيعي لهرمونات الوطاء والغدة النخامية والكورتيزول. في البشر المصابين بمرض ألزهايمر وفي النماذج الحيوانية للخرف، يوجد إفراط في إنتاج الكورتيزول، يوازيه ضرر مساوٍ يلحق بالحصين.

د. كاي سونج هو باحث معروف دوليًّا بجامعة كولومبيا البريطانية ومؤلف مشارك لكتاب حديث بعنوان «أساسيات علم المناعة العصبية النفسية». يقول د. سونج: «لا أزال مقتنعًا بأن مرض ألزهايمر هو أحد أمراض المناعة الذاتية، وأن ما يستحثه في الغالب هو الضغط النفسي المزمن الذي يؤثر بالسلب في جهاز المناعة المُسن».

كما رأينا، فإن المراكز العاطفية في المخ تؤثر بعمق في العمليات العصبية والهرمونية لاستجابة الضغط النفسي. ويُعد قمع المشاعر السلبية –مثل الحزن غير الواعي والغضب والبغض الذي عاناه جوناثان سويفت نتيجة الحرمان المبكر– مصدرًا مزمنًا وحاسمًا للضغط النفسي القاتل. أشار الباحثون بجامعة أوهايو إلى أن العواطف السلبية في مرض ألزهايمر، مثلما

هي في الأمراض المناعية الأخرى، تعتبر أحد عوامل الخطر الرئيسة لظهور المرض في نهاية المطاف.

أشهر من عانى مرض ألزهايمر في العالم هو رونالد ريجان. عندما شُخص ريجان لأول مرة في عمر الثالثة والثمانين، بعد ست سنوات من انتهاء فترته الرئاسية الثانية، كتب بمرارة في خطاب وداعه للشعب الأمريكي يقول: «هأنذا على مشارف رحلة ستأخذني إلى مغيب حياتي». كان ترديًا طويلًا ومؤسفًا.

عانى ريجان، شأنه شأن سويفت، صدمة في طفولته. كان والده جاك مدمنًا للكحوليات. يقول إدموند موريس في سيرته الذاتية غير التقليدية «الهولندي: مذكرات رونالد ريجان»: «لم يستطع الهولندي[1] في الرابعة من عمره أن يستوعب أن أباه اعتُقل بتُهمة السُّكْر في الأماكن العامة. ظل الصبي الحالم دمث الخلق غافلًا عن الثمن الباهظ الذي دفعه مقابل إدمان أبيه للكحوليات. لم يفهم لماذا كانت أكياس الفشار الطازج تُعلَّق حول عنقه هو وشقيقه نيل في فترة ما بعد الظهيرة المخصصة للعب البيسبول، ويُطلب منهما «الذهاب لبيعها في مدينة الملاهي»».

كان موريس -كاتب السير الذاتية الفطن- مخطئًا هذه المرة، وإن انطوى كلامه على شيء من الحقيقة، فإذا كان الصبي الصغير غير مدرك *ذهنيًا* لعار الأسرة، فقد امتص *عاطفيًا* جميع الذبذبات النفسية السلبية للمنظومة الأسرية المفعمة بالضغط. الانغلاق العاطفي وتجاهل الواقع هما جند الصفوف الأمامية لدى العقل. ونتيجة لذلك استطاع المتحدث البارع[2] أن يتكلَّم بلغة الأفكار، ولكن ليس بلغة العواطف الصادقة. أصبحت عبارة «ما من كلمات تصف ما أشعر به حقًّا» شعار ريجان. يقول موريس: «صارت تلك مقولته المحفوظة للتعبير عن العواطف المُنتظرة منه».

---

(1) لقَّب والد ريجان ابنه بـ «الهولندي» بسبب مظهره الشبيه «بطفل هولندي بدين» وتصفيفة شعره الهولندية. وقد لازمه هذا اللقب طوال شبابه. (المترجمة)

(2) نال رونالد ريجان لقب The Great Communictor خلال السنوات الثماني التي شغل فيها منصب رئاسة الولايات المتحدة لقدرته الخارقة على التواصل مع الجمهور في خطاباته. (المترجمة)

إذا حدث الانغلاق العاطفي في سن مبكرة، خلال المراحل الحرجة لتطور العقل، فإن قدرة المرء على إدراك الواقع قد تتعطل من دون رجعة. وقد واجه ريجان صعوبة طوال حياته في فصل الحقيقة عن الخيال. تقول خطيبة سابقة له: «كان عاجزًا عن التمييز بين الحقيقة والوهم»، ما يعني أن الخيال قد حل محل الحقيقة المؤلمة في ذهن الطفل، وفي ذهن الرجل البالغ فيما بعد. «كانت ذاكرة ريجان انتقائية»، هكذا كتب الناشر والمحرر مايكل كوردا في سيرته الذاتية الخاصة «حياة أخرى» التي نُشرت في عام 1999.

> حيث يقول: «عُرف عنه أيضًا خلطه بين الخيال والواقع. فقد حكى ذات مرة للفائزين بميدالية الشرف قصة طيار حربي في «القوة الجوية الثامنة». أخبرهم بأنه عندما أصيبت طائرة الطيار بنيران المدفعية المميتة، أمر طاقمه بالهبوط بالمظلة. وعندما أوشك هو على القفز من الطائرة المشتعلة، اكتشف أن رجل المدفعية ما زال عالقًا في برجه، حيث كان مصابًا وعاجزًا عن الخروج من الفتحة أعلاه، ومرعوبًا من الموت وحيدًا. فإذا بالطيار ينزع مظلته... ويستلقي على الأرض بحيث يتمكن من إدخال ذراعه في فتحة البرج والإمساك بيد الفتى المحتضِر. وقال له: «لا تحزن يا بني، سنهبط معًا»، بينما اصطدمت الطائرة بالأرض». فاضت عينا ريجان وأعين الفائزين بميدالية الشرف بالدموع. المشكلة الوحيدة، كما اكتشفت الصحافة بعد فترة وجيزة، أن ذلك لم يحدث قط. كان مشهدًا من أحد الأفلام نقله الرئيس عن غير قصد إلى الحياة الواقعية».

تكثر النوادر المماثلة عن ريجان، وكذا القصص التي تبيِّن ضعف تذكُّره للأشخاص المقرَّبين له.

ذات مرة ناداه ابنه البكر قائلًا: «أبي، هذا *أنا*. ابنك. مايك»، بينما ينظر إليه ريجان ويطرف له بعينيه دون فهم بين مجموعة من زملائه الطلاب.

ذات مرة قبل أن يصبح رئيسًا وصف ريجان نفسه بأنه «قلب الإعصار الهادئ الخاوي». وكتب موريس قائلًا إن شخصية رونالد ريجان لطالما اكتنفتها «عُزلة هائلة... تغمَّد الطفل هدوء غريب... أشبه بشلل في الإحساس». إن الغرض من ذلك الشلل الدفاعي المستحث ذاتيًا واضح. مثلما قالت إحدى النساء الأخريات اللائي رفضن مساعي ريجان الشاب: «لطالما عرفتُ أن الهولندي محصَّن ضد الأذى».

لكن الهولندي –وهو اللقب الأول لريجان منذ عمله مذيعًا في الإذاعة– لم يكن محصنًا ضد الأذى. لقد دفن الألم والغضب عميقًا. وظهر كبته العاطفي الناجم عن ذلك في أبهى صوره عندما وصف واقعة حدثت لدى وصوله ذات يوم إلى المنزل –وهو في الحادية عشرة من عمره– ليجد والده خارج المنزل ثملًا. قال: «كان جاك مستلقيًا على الثلج، ذراعاه ممدودتان، مستلقيًا على ظهره. كان ثملًا، غائبًا عن العالم. وقفت إلى جواره لدقيقة أو اثنتين، شعرت بنفسي تمتلئ غمًّا على والدي. عندما رأيت ذراعيه ممدودتين كما لو أنه مصلوب –وهذا كان حاله بالفعل– شعره غارق في الثلج الذائب، يشخر بينما يتنفس، لم أستطع الشعور بأي ضغينة ضده».

تكشف عبارة «*لم أستطع الشعور بأي ضغينة*» عن غضب الشاب تجاه والده. غالبًا ما يرى المرء في العلاج النفسي هذا النوع من «الإثبات بالنفي»: حيث يُظهِر المتحدث بطريقة عفوية عدم شعوره بعاطفة معينة –عادة ما تكون الغضب– والتي لم يُسأل عنها في المقام الأول. من شأن اعترافٍ كهذا أن يحمل من الصواب أكثر مما يعرف. فلئن كان عاجزًا عن الشعور بأي ضغينة فعلًا، فذلك يرجع فقط إلى أن وعيه بالمشاعر قد تعطَّل منذ فترة طويلة. إنه يقول، دون وعيٍ منه، إن غضبه يقبع خارج حدود الوعي. وهذا التأكيد السلبي –«لم أستطع الشعور بأي ضغينة»– يمثل الصراع الداخلي بين ذلك الغضب وقوى القمع.

كانت أم ريجان على ما يبدو منغمسة في ذاتها وغارقة في ضغوطات الزواج برجل مخادع ومدمن للكحول. لم تكن حاضرة من أجل أطفالها، تمامًا مثلما لم يكن رونالد ريجان حاضرًا من أجل أطفاله فيما بعد. غالبًا ما يكون

ترياق الطفل الذي ينقذه من غضبه لما يعانيه من تجاهل هو إضفاء سمة المثالية على أمه، وهو ما فعله ريجان على الأرجح. صار عُمق إنكاره أوضح عندما أصيبت نانسي –بديلة أمه وزوجته الثانية المخلصة وراعيته– بسرطان الثدي. وقعت مهمة إبلاغ الرئيس على عاتق طبيبهم جون هاتون.

يقول إدموند موريس، في أكتوبر 1987: «نانسي ريجان مصابة بسرطان الثدي».

تأهب جون هاتون لإبلاغ رونالد ريجان بالخبر بعد اجتماع مجلس الطيران المدني في 5 أكتوبر. «سيدي الرئيس، أخشى أن لدي أخبارًا سيئة فيما يتعلق بفحص الأشعة السينية لثدي السيدة الأولى». هكذا قالها دون سابق معرفة بقوة إنكار الهولندي.

استمع ريجان وهو جالس إلى مكتبه، وقلمه في يده، ثم قال بهدوء وحزم: «حسنًا، أنت الطبيب، وأنا واثق من قدرتك على الاعتناء بالأمر». وانتهت المقابلة.

عاد جون حائرًا إلى السكن وقال: «سيدة ريجان، الرئيس مصدوم لدرجة تمنعه من قول أي شيء». وبقي معها حتى وصل رونالد ريجان، مثقلًا بعدُ بأعباء العمل. تبادلا تحيات محرَجة، بلا ذكر للخبر. وخرج هاتون أكثر حيرة.

لا تدل هذه الأمثلة على انعدام عواطف صاحبها، إذ يمكن لشخص يفتقر بالفعل إلى الاتصال العاطفي أن يتظاهر على الأقل بأنه يحس شعورًا مشابهًا. وعلى العكس من ذلك، يمكن للعواطف أن تكون غامرة لدرجة يصعب معها الإحساس بها عن وعي، في حين أنها تمارس نشاطها كله من الناحية الفسيولوجية. ها نحن نشهد مجددًا أن تجنب الإحساس بالعواطف يعرِّض الناس في الواقع لضغط فسيولوجي أشد وأطول أمدًا. ولأنهم غير واعين بما يدور بداخلهم، يصبحون عاجزين عن حماية أنفسهم من عواقب الضغط النفسي. زد على ذلك أن التعبير الصحي عن العواطف في حد ذاته يقلل من الضغط النفسي. إن التغيرات الهرمونية والمناعية المزمنة الناجمة عن الضغط النفسي تمهد الأرض الفسيولوجية لأمراض مثل الألزهايمر.

يوجد تناقض هائل بين الفقر العاطفي المستتر خلف لغة الأفكار في الكتابات الشخصية لريجان خلال سنوات دراسته الجامعية، واللغة العاطفية الثرية للراهبات اللائي نجين في سن الشيخوخة دون الإصابة بمرض الألزهايمر. كانت العلاقة بين الحكايات العاطفية الثرية التي كتبتها بعض الراهبات الشابات، وبين نجاتهن اللاحقة من الخرف ملحوظة. أما اللائي أظهرت كتاباتهن شحًّا في العواطف، فقد انتهين مثلما انتهى ريجان بمرض ألزهايمر.

تتسم حياة جميع مرضى ألزهايمر الذين اعتنيت بهم خلال سنوات ممارستي الطب الأسري بالعواطف المكبوتة. التقيتُ العديد من البالغين الذين يعتنون الآن بآباء مسنين من مرضى الألزهايمر. وقد أفاد جميعهم بوجود فقد أو حرمان عاطفي مبكِّر في حياة آبائهم. قال لي أحدهم: «مات والد أمي عندما كانت صغيرة جدًّا. أظنها كانت في العاشرة أو الحادية عشرة تقريبًا. كانت الأسرة تعيش حينئذ في فانكوفر، لكن والدَي أمي كانا قد أرسلاها إلى جيبسونز للعمل خادمة في أحد المنازل ذلك الصيف. كان هذا في الثلاثينيات. كانت والدتي تعمل في جيبسونز عندما مات أبوها. ذهبت شقيقة أمي الكبرى وأعادتها إلى فانكوفر. عندما وصلت إلى المنزل، قالت أمها لأختها: «لماذا أعدتِها؟». قالتها أمام والدتي. كان تصرفًا قاسيًا لدرجة صاعقة».

وقال رجل تعاني والدته أيضًا الألزهايمر: «لقد اكتنف نشأتي قدر هائل من التوتر. اختبأت الأشياء تحت سطح هادئ. كل ما قالته أمي كان في غاية اللطف، لكن لغة جسدها كانت دائمًا تقول: «إليكَ عني». لم تبُح بأي شيء. لطالما شعرتُ خلال نشأتي بأني لا أفهم ما يجري».

يمكن للآخرين ملاحظة ما يخفيه الشخص المكبوت عاطفيًّا عن نفسه. وهذا ما فعلته ممثلة هوليوود الشهيرة التي عرفتْ رونالد ريجان نجمًا سينمائيًّا صاعدًا، لكنها ظلت غير متأثرة بسحره. ومع ذلك ينقل موريس عنها قولها: «مسَّني اليأس الكامن خلف هزله العصبي المتواصل».

ذات مرة سأل موريس الرئيس عن أكثر ما تاق إليه في شبابه. يقول المؤلف: «ران صمت طويل في محاولة منه للتملص من السؤال». ثم أجاب

ريجان أخيرًا بأن أكثر ما افتقده لم يكن وجود شخص مُحب. قال: «بل افتقدت وجود شخص أحبه». يقول موريس: «دوَّنتُ الكلمات وميَّزتُها بحلقة مزخرفة يستخدمها كُتَّاب السيرة الذاتية، وتعني: *إنه يشعر بعكس ما يقول*». (بخط موريس المائل).

13

الذات أم الغير؟ جهاز المناعة مشوّش

في الطبعة الأولى من كتابه الكلاسيكي «مبادئ الطب وممارساته» الذي نُشر في عام 1892، اقترح ويليام أوسلر أن التهاب المفاصل الروماتويدي «له على الأرجح أصول عصبية». ووفق مفردات اللغة الحديثة، كان أوسلر يشير إلى الضغط النفسي والعاطفي، كما ذكر «ارتباط المرض بالصدمة والقلق والحزن».

لم يكن ويليام أوسلر منظِّرًا مغمورًا، كان أشهر طبيب بشري في العالم الناطق بالإنجليزية. وفقًا لشروين نولاند، الطبيب والمؤلف، فإن أوسلر «على الأرجح هو أعظم معلم سريري في العالم على مر الزمان». عمل أستاذًا في جامعة مكجيل في مونتريال، وفي كلية الطب بجامعة جونز هوبكنز، وفي بالتيمور وأوكسفورد. وحصل على لقب فارس في إنجلترا لمساهماته في فنون العلاج. صدر من كتابه المرجعي المستخدَم على نطاق واسع ست عشرة طبعة، آخرها كان عام 1947، بعد ثمانية وعشرين عامًا من وفاته.

في عام 1957، استشهد سي جي روبنسون –اختصاصي الطب الباطني في فانكوفر– بكلمات أوسلر في مقال موجز نُشر بمجلة «الجمعية الطبية

الكندية». وكتب يقول: «لقد ذهلتُ أنا الآخر من الوتيرة التي قد يسبق بها الضغط المزمن أو المطوَّل ظهور مرض الروماتويد، أعتقد أن الجانب العاطفي والنفسي لكثير من مرضى الروماتويد له أهمية قصوى».

كان العلم الطبي الذي ينطق به د. روبنسون *ما زال* بعد مهتديًا بنهج *أوسلر الإنساني الكُلاني. أما اليوم، في مطلع القرن الحادي والعشرين، فإن المرء قد ينقِّب عبثًا في المراجع الطبية السائدة عن أي ذكر للضغط النفسي* وعلاقته *بالتهاب المفاصل الروماتويدي أو بأمراض المناعة الذاتية المشابهة، التي* تتسم *كلها* بحرب *أهلية* يشنها *جهاز المناعة* ضد *الجسم*. ليس ثمة ما يبرر هذا الإغفال الأشبه بمأساة لملايين البشر ممن يعانون مرض الروماتويد بأنواعه، بعد أن أثبتت البحوث منذ أمد طويل العلاقة بين الضغط النفسي والمناعة الذاتية ومنحتنا فهمًا للعديد من مساراته الفسيولوجية المحتمَلة.

تشتمل مجموعة الاضطرابات الطبية الكبيرة والمتداخلة، والتي يُطلَق عليها الأمراض الروماتيزمية، على التهاب المفاصل الروماتويدي وتصلب الجلد والتهاب الفقرات التيبُّسي والذئبة الحمامية الجهازية (*SLE*). في هذه *الاضطرابات، وفي غيرها الكثير، يهاجم جهاز المناعة* المضطرب *أنسجة الجسم* نفسه، وبخاصة الأنسجة الضامة مثل الغضاريف وأغماد الأوتار وبطانة المفاصل وجدران الأوعية الدموية. تتسم هذه الاضطرابات بأنماط مختلفة من الالتهابات التي تصيب مفاصل الأطراف أو العمود الفقري، أو الأنسجة السطحية مثل الجلد أو بطانة العينين، أو الأعضاء الداخلية مثل القلب أو الرئتين أو حتى المخ كما في حالة الذئبة الحمامية الجهازية.

إحدى السمات التي يتميز بها العديد من مرضى الروماتويد هي الرواقية المُتطرِّفة، الإحجام المتأصل بعُمق عن طلب المساعدة. في أغلب الأحيان يتعايش الناس بصمت مع ألم مزعج، أو يعزفون عن التعبير عن شكواهم بصوت عالٍ بما يكفي ليسمعه الآخرون، أو يقاومون فكرة تناول أدوية تخفف الأعراض.

***

كانت سيليا في الثلاثين من عمرها عندما تعرَّضتْ لنوبة من التهاب الشرايين، وهو مرض مناعي آخر. كانت آلامها مبرحة.

قالت: «لمدة يومين كنت أكابد ألمًا شديدًا لدرجة أنني كنت أتقيأ من كمية التايلينول والإيبوبروفين التي أتناولها. قالت لي صديقتي: «هلا استسلمتِ؟!» *وصحبتني إلى الطوارئ*».

تساءلتُ: ««هلا استسلمتِ»؟ ما الذي قصدته بهذا؟».

- إنني عنيدة. كلما مرضتُ يراودني ذلك الخوف الكامن من ألا يصدقني أحد أو أن يرى الآخرون أنني أتوهم المرض.
- إذن ها أنتِ عاجزة عن الحركة من شدة الألم، وقلقة من أن يظنك الناس تتوهمين المرض. هلا عكسنا الموقف للحظة؟ تخيلي أن من يعاني هذا الألم هو صديقك أو زوجك أو طفلك. أولن تتصرفي بسرعة أكبر؟
- بلى.
- لمَ الكيل بمكيالين؟
- لا أدري. ذلك يعود إلى زمن بعيد ربما. إلى الطريقة التي نشأتُ بها.

إن النهج الرواقي غير الشكَّاء الذي يتبناه مرضى الروماتويد إنما هو أسلوب تكيف مكتسب في مرحلة مبكرة من الحياة. كان قلق سيليا منصبًّا على الآخرين دائمًا. وعلى الرغم من تعرُّضها للاعتداء في طفولتها، ظل شغلها الشاغل حماية والدتها من سلسلة من الأزواج المسيئين. كانت تخشى ألا تجد أسرتها ما يكفي من المال أو أن يكتشف العالم الخارجي العنف الأسري الذي تقاسيه.

قالت: «تملَّكني قلق شديد في أغلب الأحيان من أن يصبح شقيقي حدثًا جانحًا أو أن يتعرَّض لأشياء مروعة».

- ماذا عنكِ؟
- لطالما شعرتُ أنني أستطيع التعامل مع المشكلات وتجاوزها بطريقة ما. لم أرد تقبُّل كم كانت الأشياء مُحزنة. لذلك كنت أعقلنها إلى الحد الذي أستطيع عنده قبولها والتعامل معها. أقلِّصها.

***

خلصت دراسة طبية نفسية مستفيضة لمرضى التهاب المفاصل الروماتويدي أُجريت في فرع ماريلاند لمؤسسة «التهاب المفاصل والروماتيزم» عام 1969 إلى أنه: «على الرغم من تفاوت أفراد المجموعة، فإن السمات النفسية لهم وأوجه الضعف والصراعات الحياتية كانت متشابهة بشكل ملحوظ». كانت إحدى السمات المشتركة هي الاستقلالية الزائفة، التي وصفها الباحثون بأنها *فرط استقلالية تعويضي*. *كان اعتقاد سيليا الراسخ بأنها تستطيع* تجاوز كل شيء بمفردها هو آلية تكيُّف، تعويض عن احتياجاتها العاطفية التي أُهملت في الطفولة. كان سبيل النجاة لطفلة في وضعها هو أن تتظاهر لنفسها وللعالم بأسره أنها تستطيع تلبية احتياجاتها بنفسها. وأحد جوانب ذلك التظاهر هو تقليل الوعي بالضغوط العاطفية لتصبح بحجم مناسب لطفل، وهي عادة قد تستمر مدى الحياة.

ويفسر فرط الاستقلالية التعويضي الناتج عن تبادل الأدوار بين الأبوين والطفل أيضًا سبب تحمُّل سيليا لألمها الجسدي بالجز على أسنانها، لدرجة أن صديقتها اضطرت إلى سحبها لجناح الطوارئ قائلة: «هلا استسلمتِ؟!».

في عام 1969 نشر الباحث النفسي البريطاني جون بولبي «نظرية التعلق»، الجزء الأول من ثلاثيته الكلاسيكية، والتي استكشف فيها أثر العلاقة بين الأبوين والطفل على نمو الشخصية. كتب يقول: «إن انقلاب الأدوار بين الطفل أو المراهق وأبويه، ما لم يكن مؤقتًا ولفترات محدودة جدًّا، لا يُعد فقط علامة على وجود خلل في الأب / الأم، *وإنما هو أيضًا سبب حدوث الخلل لدى الطفل*». إن تبادل الأدوار مع أحد الأبوين يشوه علاقة الطفل بالعالم كله. إنه مصدر قوي للمرض النفسي والجسدي اللاحق، لأنه يجعل الطفل عرضة للضغط النفسي.

السمات الأخرى التي ميزت مرضى الروماتويد في الدراسات النفسية شملت النزعة إلى الكمال، والخوف من نزوات الغضب، وإنكار الكراهية، والشعور القوي بالنقص. وكما رأينا سالفًا، وُجد أن سمات مماثلة كانت مرتبطة بـ «الشخصية السرطانية» أو الشخصيات المعرَّضة لخطر الإصابة بالتصلب المتعدد أو التصلب الجانبي الضموري أو أي مرض مزمن آخر. لا

تمثل أي من هذه السمات خصائص فطرية لصاحبها، ولا هي راسخة في الفرد بحيث يتعذر إصلاحها.

وفق دراسة ماريلاند «كان الاكتشاف المذهل في تاريخ نمو هؤلاء المرضى هو الفقدان *الفعلي* المبكر لأحد الأبوين أو كليهما». ولعل القارئ قد لاحظ عدد المرات التي مر فيها المرضى بانفصال مبكر للأبوين أو هجران أو حتى وفاة أم أو أب في القصص الشخصية الواردة في هذا الكتاب. والأكثر شيوعًا كان *الحرمان العاطفي*، وهو موضوع آخر متكرر في المراجع البحثية. أفادت دراسة أسترالية أُجريت عام 1967 على مرضى الذئبة الحمامية الجهازية بأن: «المرضى الذين ذكروا تعرضهم لحرمان عاطفي في الطفولة نابع من خلل في علاقة الطفل بأبويه داخل أسرة «غير مفككة» كان عددهم أكبر من عدد الأصحاء».

إن قمع الغضب، شأنه في ذلك شأن فرط الاستقلالية التعويضي، هو أحد أشكال الاضطرابات التفارقية[1]، وهي ظاهرة نفسية تحدث في الطفولة. وفيها ينأى الطفل بنفسه دون وعي عن المشاعر أو المعلومات الواعية التي من شأنها، إذا اختُبرت عن وعي، أن تثير مشكلات يتعذر حلها. يطلق بولبي على هذه الظاهرة اسم «التهميش الدفاعي». «وتكون المعلومات التي يُرجح تهميشها لأسباب دفاعية من النوع الذي أدّى عند قبوله في الماضي إلى معاناة أشد أو أخف للشخص المعني».

بمعنى آخر، يقع الطفل الغاضب في مشكلة ويحس بالرفض. فيتحتم على غضبه ورفضه أن يرتدا إلى الداخل، ضد الذات، في سبيل الحفاظ على علاقته بالأب / الأم، مما يؤدي بدوره إلى «مشاعر نقص قوية وضعف في مفهوم الذات»، وهو ما وجده الباحثون لدى مرضى الروماتويد.

---

(1) التفارق هو اضطراب نفسي يتراوح بين الانفصال العاطفي المعتدل عن محيط المرء المباشر، والانفصال الحاد عن التجارب الجسدية والعاطفية. وسمته الرئيسة هي الانفصال عن الواقع وليس فقدان الصلة به كما هو الحال مع الذهان. ويعتبر التفارق آلية دفاعية يستخدمها المرء للتحكم في الضغط النفسي أو تقليله أو تقبله. (المترجمة / ويكيبيديا).

يوضح بولبي قائلًا: «ليس من النادر أن يُعاد توجيه الغضب بعيدًا عن رمز التعلق الذي أثار الغضب بالأساس وتوجيهه إلى الذات بدلًا من ذلك. مما يؤدي إلى نقد ذاتي غير ملائم».

في أمراض المناعة الذاتية، تنقلب دفاعات الجسم ضد نفسه. من *شأن سلوك كهذا في الحياة المجتمعية* –أو الكيان السياسي– أن يُدان باعتباره خيانة. ينتج التمرد الجسدي داخل جسم الفرد عن تشوش في المناعة يحاكي بالضبط التشوش النفسي اللاواعي بين الذات والغير. في فوضى الحدود تلك، تهاجم الخلايا المناعية الجسم كما لو أنه مادة غريبة، تمامًا مثلما تتعرض الذات النفسية للهجوم من قِبل اللوم والغضب الموجهَين إلى الداخل.

يعكس التشوش الشامل اضطرابًا في آليات الجسم / العقل المترابطة داخل النظام المناعي العصبي النفسي الهرموني الفائق، الذي أطلقنا عليه اسم نظام PNI.

تتزامن العواطف بدقة مع مكونات شبكة PNI الأخرى وتُكمِّلها: فالعواطف، مثلها مثل الجهازين المناعي والعصبي تحمي الجسم من التهديد الخارجي، ومثلها مثل الجهاز العصبي والهرمونات تضمن إشباع الشهوات والاحتياجات التي لا غنى عنها، ومثلها مثل كل هذه الأجهزة مجتمعة، تساعد في الحفاظ على الوسط الداخلي وإصلاحه.

إن العواطف –مثل الخوف والغضب والحب– ضرورية لنجاة الكائن الحي، شأنها في ذلك شأن النبضات العصبية أو الخلايا المناعية أو النشاط الهرموني. في مرحلة مبكرة من عملية التطور، صارت الاستجابات البدائية للانجذاب أو النفور ضرورية لحياة الكائنات الحية وتكاثرها. تطوَّرت العواطف، إلى جانب خلايا الجسم وأنسجته التي تجعل العواطف ممكنة، كجزء لا يتجزأ من آليات النجاة. لا غرو إذن أن تُشارك الجزيئات الأساسية، التي تربط بين جميع أجهزة الجسم، سواء الخاصة بالدفاع عنه أو تلك الخاصة بتوازنه، في ردود الفعل العاطفية. يمكننا العثور على المواد الناقلة، بما فيها الإندورفينات، في أكثر المخلوقات بدائية، مخلوقات لا تمتلك حتى جهازًا عصبيًا أوليًا. *إن أعضاء العواطف لا تتفاعل* مع نظام PNI، إنها جزء لا يتجزأ من هذا النظام.

ذكرنا في الفصل السابع أن السيتوكينينات، الجزيئات الناقلة التي تنتجها الخلايا المناعية، يمكن أن ترتبط بمستقبلات خلايا المخ لإحداث تغييرات في حالة الجسم والمزاج والسلوك. وهنا نقول إن قدرة العواطف على إحداث تغييرات في النشاط المناعي ليست سوى الوجه الآخر للعملة. لتوضيح المهام الوقائية المتزامنة والمتكاملة للجهازين العاطفي والمناعي، يمكننا مقارنة دور الخلايا المناعية بدور عاطفة مثل الغضب، مثلًا.

لماذا نغضب؟ في عالم الحيوان لا يُعد الغضب «عاطفة سلبية». يشعر الحيوان بالغضب عندما يتعرض أحد احتياجاته الأساسية للتهديد أو الإحباط. وعلى الرغم من أن الحيوانات تفتقر إلى المعرفة الواعية بالظواهر العاطفية، فإنها تشعر بالعواطف وتمر بالتغيرات الفسيولوجية للعاطفة الأولى. وتُظهِر دون ريب المظاهر السلوكية المصنَّفة ضمن العاطفة الثانية. الغرض المحدد من التغييرات البيولوجية للعاطفة الأولى هو إعداد الكائن الحي لاستجابتَي الكر أو الفر. ولكن لأن كلًّا من الكر أو الفر يستلزمان بذل قدر كبير من الطاقة ويحملان خطر الإصابة أو الموت، فإن مظاهر العاطفة الثانية تلعب دورًا وسيطًا *حاسمًا*: إنها غالبًا ما تسوِّي النزاع من دون أن يتأذى أي طرف.

يلتفت الحيوان المحاصَر ليواجه مطارِده باستعراض شرس للغضب. وحينها قد ينقذ الغضب حياته، إما من خلال ترهيب المطارِد وإما بتمكين الحيوان من المقاومة بنجاح. قد يشتعل الغضب لدى حيوان إذا تطفَّل غريب من نوعه نفسه أو من خارج أسرته أو قطيعه أو مجموعته على منطقة نفوذه. فإذا انخرط الحيوانان على الفور في معركة جسدية على المنطقة المتنازَع عليها، يُحتمل أن يُصاب أحدهما أو كلاهما. تقدِّم الطبيعة حلًّا من خلال حث كليهما على إبداء مظاهر الغضب: كشف الأسنان والإيماءات المتوعدة والأصوات المهدِّدة. وحينها يفوز الحيوان صاحب العرض الأكثر إقناعًا بالمعركة في الغالب، مجنِّبًا كلا المتبارزين الأذى.

لاستخدام الغضب بطريقة سليمة، يجب على الكائن الحي التمييز بين التهديد وعدم التهديد. والأهم هو التمييز بين الذات والغير. فما دمت لا أعرف أين تبدأ حدودي وأين تنتهي، فلن أعرف إذا تطفَّل عليها شيء يمثِّل خطرًا محتملًا. تستلزم عمليات التمييز الضرورية بين المألوف والدخيل، بين الحميد

والضار، تقييمًا دقيقًا للذات والغير. وعندئذٍ يُستخدَم الغضب من أجل كل من *الاعتراف* بالدخيل وخطره، *والاستجابة* له في الوقت ذاته.

أول مهمة أساسية للجهاز المناعي أيضًا هي تمييز الذات عن الغير. هكذا تبدأ المناعة هي الأخرى في *الإدراك. الإدراك هو وظيفة حسية، تؤديها الأعضاء الحسية في الجهاز العصبي. لعلنا* محِقون إن قلنا إن الجهاز المناعي هو أيضًا عضو حسي. من شأن أي فشل في عملية الإدراك التي يقوم بها جهاز المناعة أن يعرِّضنا لنفس الخطر الذي قد نتعرَّض له في حالة تعطَّلت قدرتنا على الرؤية أو السمع أو الإحساس أو التذوق. إحدى وظائف الجهاز العصبي الأخرى هي الذاكرة. ولا بد أن يمتلك جهازنا المناعي ذاكرة أيضًا: إذ يحتاج إلى تذكُّر ما يحتويه العالم الخارجي من الأشياء الحميدة والمغذية، والأشياء المحايدة، والأشياء التي قد تكون سامة.

تحت أعين الأبوين اليقظة، يستكشف الرضيع والطفل البيئة، ويتعلم ما هو صالح للأكل وما هو غير صالح، وما هي مصادر الراحة ومصادر الألم، وما هو خطير وما هو آمن. تُخزَّن المعلومات المكتسَبة في بنك ذكريات المخ النامي. والمناعة هي الأخرى مسألة تعلُّم. يخزِّن جهاز المناعة الذكريات في خلايا مبرمجة على التذكر الفوري لأي تهديد واجهتْه في الماضي. *ومثلما يجب على الجهاز العصبي أن يحتفظ بقدرته على التعلم طوال العمر، يمتلك الجهاز المناعي القدرة على* تطوير «ذكريات» جديدة عن طريق استنساخ الخلايا المناعية المدربة خصيصى للتعرُّف على أي تهديد جديد.

بالنظر إلى الخلايا المناعية الطافية في مجرى الدم وفي جميع أنسجة ومناطق الجسم، يمكننا التفكير في جهاز المناعة على أنه «مخ طليق»، مصمم لاكتشاف أي خلايا غريبة. يمتلك الجهاز الحسي –العينان والأذنان وبراعم التذوق– الذي يخدم هذا «المخ الطليق» مستقبلات على أسطح الخلايا المناعية، مهيأة لمعرفة الحميد من الضار. يمكن تمييز الذات من خلال ما يسمى *بالمستضدات الذاتية*، الموجودة على أغشية خلايا الجسم الطبيعية، وهي جزيئات تتعرَّفها المستقبلات المناعية بشكل لا يقبل الخطأ. والمستضدات الذاتية عبارة عن بروتينات موجودة في جميع أنواع الخلايا. تفتقر الأجسام والمواد الغريبة إلى محددات الذات تلك، مما يجعلها هدفًا

لهجوم جهاز المناعة. وقد بدأ توًّا اكتشاف مدى تنوع المستضدات الذاتية. ووفقًا لمقال في صحيفة «ساينس»: «من المرجح أن تظهر المزيد من محددات الذات في المستقبل».

أما الخلايا الليمفاوية التي تقتصر مهمتها على «تذكر» المستضدات الغريبة فتُسمى الخلايا التائية، وتنضج في الغدة الدرقية. ويبلغ عددها في جسم الإنسان مليون مليون خلية. يجب على هذه الخلايا ورفيقاتها من كرات الدم البيضاء «أن تتعلم التساهل مع كل نسيج، كل خلية، وكل بروتين في الجسم. لا بد أن تكون قادرة على تمييز الهيموجلوبين الموجود في الدم من الأنسولين الذي يفرزه البنكرياس من السائل الزجاجي الموجود في العين من كل شيء آخر. ولا بد أن تتمكن من صد أنواع مختلفة لا حصر لها من الأجسام الغازيَة وأن تحرص في الوقت نفسه على عدم مهاجمة الجسم».

لا يتسع المجال في هذا الكتاب أن نناقش الآليات التي تتعرف من خلالها الخلايا المناعية المختلفة على الأجسام الدقيقة المعادية أو غيرها من المواد الضارة، وكيف تُبرمَج أساطيل من الخلايا المناعية للقضاء على أولئك الغُزاة. ثمة الكثير مما لم نكتشفه بعد، وما فهمناه بالفعل يتضمن سلسلة معقدة بشدة من الأنشطة والتفاعلات والتأثيرات البيوكيميائية. لكن النقطة التي ينبغي استيعابها هنا هي الوظائف المشتركة بين المناعة والعاطفة: أولًا، «الوعي» بالذات مشفوعًا بالوعي بغير الذات. ثانيًا، إدراك المدخلات المغذية وتعرُّف التهديدات. وأخيرًا، قبول المؤثرات المعززة للحياة بالتزامن مع القدرة على الحد من الخطر أو القضاء عليه.

عندما تتعطل قدرتنا النفسية على التمييز بين الذات والغير، فمن المحتم أن يمتد الضعف ليشمل وظائفنا الفسيولوجية أيضًا. من شأن الغضب المكبوت أن يؤدي إلى مناعة مضطربة. مثلما أن عدم القدرة على التعامل مع المشاعر والتعبير عنها بفعالية، والميل إلى تلبية احتياجات الآخرين قبل حتى التفكير في احتياجات المرء الخاصة، هي أنماط شائعة لدى أصحاب الأمراض المزمنة. يصاحب أنماط التكيف هذه تمييع في الحدود، وخلط بين الذات والغير على المستوى النفسي. ويتبع ذلك خلط مشابه على مستوى خلايا الجسم وأنسجته وأعضائه. يصبح الجهاز المناعي مشوَّشًا لدرجة لا

يعود يعرف فيها الذات من غيرها، أو يصبح عاجزًا لدرجة تعوقه عن الدفاع ضد الخطر.

في الأحوال العادية تُقتل الخلايا المناعية التي تهاجم خلايا الذات أو تُعطَّل على الفور. إن لم يجرِ تدمير أو ترويض الخلايا المناعية المنقلبة على الذات، فسوف تهاجم أنسجة الجسم التي يُفترض بها أن تحميها. وقد ينتج عن ذلك ردود فعل تحسسية أو أمراض مناعة ذاتية. ومن ناحية أخرى، إذا تدمَّرت الخلايا المناعية السليمة بسبب الإشعاع أو العقاقير أو فيروس نقص المناعة البشرية مثلًا، يُترك الجسم من دون حماية ضد العدوى أو ضد النمو الجامح للأورام. وقد تحدث نفس النتيجة إذا تعطَّل جهاز المناعة بسبب الضغط النفسي المزمن.

أوضحت دراسة أجريت عام 1965 على أقارب *أصحاء* لنساء مصابات بالتهاب المفاصل الروماتويدي العلاقة بين القمع الذاتي والتمرد المناعي. لا تنتُج الأجسام المضادة عادةً إلا كاستجابة لغزو ميكروبي أو لجزيئات غريبة يُحتمل أن تكون ضارة. لكن إحدى السمات المُختبرية لالتهاب المفاصل الروماتويدي كانت اكتشاف جسم مضاد موجه ضد الذات وليد جهاز مناعة مشوَّش. أُطلق عليه العامل الروماتويدي أو *RF*، والذي وُجد في أكثر من 70 بالمئة من مرضى التهاب المفاصل الروماتويدي. قد يظهر العامل الروماتويدي أيضًا في أفراد غير مصابين بهذا المرض. ولكن الغرض من هذا البحث تحديدًا كان معرفة ما إذا كانت هناك سمات شخصية معينة مرتبطة بظهور هذا الجسم المضاد، حتى في حالة غياب المرض.

تضمنت الدراسة ستًّا وثلاثين امرأة بالغة أو مراهقة، لم تكن أي منهن مصابة بمرض روماتيزمي. ظهر الجسم المضاد *RF* لدى أربع عشرة من المشارِكات في الدراسة. ومقارنة بالنساء اللائي لا يحملن الجسم المضاد، سجَّلت المجموعة الموجبة للعامل الروماتويدي مستويات أعلى بشكل ملحوظ على المقاييس النفسية التي تعكس كبت الغضب والقلق بشأن القبول الاجتماعي للسلوكيات. كما سجَّلت مستويات أعلى على مقياس يدل على سمات مثل «الإذعان والخجل والضمير اليقظ والتدين والأخلاق».

يشير وجود الجسم المضاد في هؤلاء النساء محل الدراسة إلى أن القمع العاطفي قد استحث بالفعل التفاعل المناعي ضد الذات، وإن لم يصل إلى حد المرض الإكلينيكي. قد يتوقع المرء أن في حالة وقوع أحداث إضافية مسبِّبة للضغط النفسي في حياة أولئك النساء، فسوف تحرِّض على المزيد من التمرد المناعي وتنشيط الالتهاب وتفعيل المرض الصريح. وهكذا خلص الباحثون إلى أن: «الاضطرابات العاطفية المصاحبة للعامل الروماتويدي قد تؤدي إلى مرض الروماتويد». من الممكن كذلك الإصابة بالتهاب المفاصل الروماتويدي من دون وجود الجسم المضاد للذات *RF*. *وكما هو متوقع، قد تكون درجة الضغط النفسي في تلك الحالات أكبر، وهو بالضبط ما خلصت إليه دراسة أخرى.*

في مراجعة للأدبيات أُجريت عام 1987 استُنتِج أن «وزن الأدلة المستخلَصة من دراسات شتى يشير بقوة إلى دور الضغط النفسي في تفعيل التهاب المفاصل الروماتويدي وتفاقمه والتأثير على نتيجته النهائية».

***

يتضح بالضبط مدى تأثير الضغط النفسي في استحثاث أمراض المناعة الذاتية من خلال تجربة الشابة اليهودية راشيل. وقعت نوبتها الأولى من التهاب المفاصل الروماتويدي كرد فعل لحدث كان أشبه بإعادة تمثيل لصدمة عاطفية تعرَّضتْ لها في الطفولة.

نشأت راشيل في صراع مع شقيقها الأكبر، الذي طالما رأت أنه الابن المفضل للأسرة. انفصل الوالدان، وشعرت راشيل برفض من جانب والدها. تقول: «كنت آتي في المرتبة الثانية على الدوام. كان أخي هو كل ما يريد. ما زلت أتذكر سيري في منتصف الطريق وحدي خلفهما، فيما تلتف ذراع أبي حول أخي. أتذكر اضطراري الدائم إلى الجلوس في المقعد الخلفي. أخبرتني والدتي قبل بضع سنوات أنني لم أذهب إلى شيكاغو لزيارة أبي مع أخي إلا لأنها قالت له: «إما أن تأخذ الطفلين معًا وإما لا تأخذ أيًّا منهما». لم أكن مرغوبة لديه قط».

تقول راشيل إنها في صغرها كانت «طفلة مهذبة لم تسبب أي مشكلات قط»، وهو أسلوب تكيف ظلت تمارسه وهي بالغة. قبل عامين في عيد رأس

السنة العِبرية «روش هاشناه»، كانت في منزل أمها تحضر العشاء للأسرة. كانت في عجلة من أمرها، إذ كان عليها أن تغادر في الوقت المناسب لتجنب مقابلة شقيقها، الذي قرر الانضمام إلى العائلة في اللحظة الأخيرة.

قالت: «لم يكن يرغب في الذهاب معي إلى هناك، لذلك توصلنا إلى اتفاق بأن أذهب مبكرًا إلى منزل أمي وأساعدها في الطهو على أن أغادر في الرابعة مساءً بحيث يتمكن هو وزوجته وابنتهما من قضاء باقي أمسية العيد مع أمي».

تدخلتُ قائلًا: «هل فهمت ذلك بشكل صحيح؟ أتقولين إن الخطة كانت أن تذهبي إلى هناك وتطهي وتنجزي العمل كله ثم تغادري بحيث يتمكن الآخرون من الاستمتاع بحفل لطيف وتناول وجبة معًا؟ لماذا قبلتِ بهذا الترتيب؟».

- لأنه كان عيد رأس السنة وشعرتُ بأن الأسرة ينبغي أن تجتمع.
- وماذا حدث؟
- عندما كنت في منزل أمي اجتاح جسمي ألم لن تصدقه. نُقلت إلى المستشفى. أصاب التهاب المفاصل إحدى ساقيَّ، ولم أستطع تحريكها بأي شكل. إنني في العادة لا أصرخ من الألم. لكني واثقة من أن غرفة الطوارئ بأكملها سمعتني. في اليوم التالي، عدت إلى المستشفى لأن الألم داهم جميع أنحاء جسدي. لم أستطع التحرك. وحتى بعد أن وضعوني في كرسي متحرك، كنت أصرخ حتى كاد رأسي ينفجر.

***

لا يرتبط الضغط النفسي بظهور الأمراض الروماتيزمية ونوباتها فقط وإنما بشدتها أيضًا. على مدى خمس سنوات تتبعتْ دراسة بدأت في عام 1967 خمسين شابًّا من البالغين المشخَّصين بمرض التهاب المفاصل الروماتويدي. في بداية الدراسة، قُيمتْ عوامل الضغط النفسي والاجتماعي التي تسبق ظهور المرض. ثم خضع جميع المرضى للفحص مرتين سنويًا، وللأشعة السينية مرة سنويًّا على المعصمين واليدين، وهي المناطق الأكثر شيوعًا لنشاط المرض. في نهاية الدراسة، صُنف المرضى وفقًا لدرجة تلف الأنسجة: في الفئة الأولى، لم يُكتشف تورم في الفحص البدني أو أدلة في

الأشعة السينية على ترقق العظام أو تآكلها، في الفئة الثانية، وُجد تورم خفيف في الأنسجة ولكن لا تآكل في العظام. في الفئة الثالثة، وُجد تآكل في عظام المعصمين واليدين. نُشرت النتائج في «مجلة الطب الأمريكية». وقد لاحظ الباحثون أن المرضى الذين انتهى بهم الحال في الفئة الثالثة، قد قُيِّموا في بداية الدراسة من قِبل المحاورين «بأنهم يتعرضون لعوامل الضغط النفسي والاجتماعي المرتبطة بظهور المرض بتواتر أعلى بكثير» ممن انتهى بهم الأمر في الفئات الأخرى.

معظم المقابلات التي أجريتُها من أجل هذا الكتاب كانت في منازل الناس. أما جيلا، السيدة ذات الربيع الحادي والخمسين والمصابة بالتهاب المفاصل الروماتويدي، فقد أصرَّت على اللقاء في فرع ماكدونالدز الموجود بالحي. تصلح جيلا أن تكون نموذجًا أوليًّا لمريض الروماتويد «المضحي بنفسه، المذعن، غير الواثق، الخجول، المتحفظ، الساعي إلى الكمال» الموصوف في الكتب النفسية.

شُخصتْ جيلا في عام 1976، خلال نوبة من التهاب العضلات. بحلول الوقت الذي سعت فيه إلى العناية الطبية، كانت قد فقدت الكثير من الكتل العضلية في كتفيها ووركيها. ضعفت عضلات التنفس لديها كثيرًا لدرجة أن تنفُّسها بات سطحيًّا. *لم تستطع رفع ذراعيها أو ساقيها أو ابتلاع أي شيء جاف. عندما رآها الاختصاصي، نقلها إلى المستشفى على الفور لتلقي محلول الكورتيكوستيرويد الوريدي.*

قالت: «قال إنني كنت جثة تمشي على قدمين. لم يكن يفترض بي السير في الأنحاء هكذا. في فحص وظائف الرئة لم تتحرك الإبرة عندما نفخت في الآلة. ولا أدنى حركة. لكني تأقلمت. أتعرف؟ لم أدرك وجود مشكلة. عندما كنت أمشي، لم ألحظ أنني كنت أؤرجح ساقيَّ بدلًا من رفعهما».

- لماذا لم تلاحظي في رأيك؟
- انشغلت على ما أعتقد. كنت متعبة. لأن لدي طفلين، طفلين صغيرين، وكنت أركض هنا وهناك طوال الوقت.
- يخامرني الفضول حول سبب رغبتك في مقابلتي في ماكدونالدز.

- في المنزل دائمًا ما أقلق بشأن المظهر الذي يبدو عليه بيتي. يجب أن يكون نظيفًا ومرتبًا. إذا أتى شخص ما إلى منزلي ولاحظ وجود غبار هنا أو هناك، حينها...

- أنت لا تتحدثين عن النظافة، أنت تتحدثين عن الكمال. ليس لأحد أن يهرب من الغبار. الغبار جزء من الحياة. وإن كنتِ لا تستطيعين تقبل ذلك، فلا بد أنك تحرصين على إبقاء كل شيء على أكمل وجه. أتتعاملين هكذا مع كل شيء؟

- نعم. كنت أكثر تزمتًا في الواقع، قبل أن أصاب بالتهاب المفاصل الروماتويدي، أطلقتْ عليَّ عماتي لقب المرأة الخارقة. اعتاد زوجي مغادرة البلدة. كان عليه العمل في ورشة نجارة من أجل تدريبه المهني. وكنت أبقى هنا وحدي مع طفلين. عملت وعملت لساعات إضافية لأننا كنا قد اشترينا منزلًا للتو. كنت أعمل أحيانًا سبعة أيام في الأسبوع، عشر ساعات في اليوم.

- ماذا كنت تعملين؟

- اعتدت العمل في مكتب البريد. كنت مستمتعة بالعمل مع ذلك.

- أحببتِ العمل لعشر ساعات يوميًا سبعة أيام في الأسبوع؟!

- إن الذهاب إلى العمل أشبه بالذهاب في عطلة. استمتعتُ بصحبة الناس هناك. كوَّنتُ صداقة مع المشرف، لذا لم يثقل عليَّ أحد بأعباء زائدة. على الرغم من أن جميع من حولي كانوا يبدون ضجرين من العمل في مكتب البريد، فلم أفهم سبب ضجرهم وتبرمهم. كنت أستمتع بوقتي. لذا أعتقد أن هذا كان أحد أسباب إصابتي بالروماتويد في البداية. أعتقد أنني كنت أسيء معاملة نفسي. لم أحصل على قسط كافٍ من الراحة. ولا قسط كافٍ من النوم.

بالإضافة إلى وظيفتها وأعمالها المنزلية، شعرت جيلا أيضًا بأن عليها الحفاظ على نظافة الحديقة والفناء الخلفي. كان منزلها يقع بين منزلَي اثنين من الأزواج المتقاعدين الذين اهتموا بأفنية المنزلين حد الإتقان، وكانت قلقة من انخفاض قيمة منزلها إن هي أهملت حديقتها. «نعم، لم تشُبها شائبة. كانا يجزان الحشائش كل أسبوع. لذا توجَّب عليَّ أن أجز عشبي كل أسبوع

لمواكبتهما». وحرصتْ أيضًا على أن يتاح لأطفالها الفرص التي فاتتها. كانت تصحبهم في عطلات نهاية الأسبوع إلى دروس العزف على البيانو ودروس الغناء ودروس الباليه والرقص الشعبي والمباريات الرياضية.

فعلت جيلا كل ذلك من دون أي مساعدة من زوجها، وفي الوقت نفسه كانت تعمل في مكتب البريد في وردية ما بعد الظهر من الساعة الرابعة والنصف إلى الواحدة مساءً. لسنوات كانت تنام نحو أربع ساعات في الليلة. «عندما أُصبت بالتهاب المفاصل الروماتويدي، قال لي اختصاصي العلاج الطبيعي: «عندما يداهمك الألم، عليكِ أن تتوقفي. عليكِ أن ترتاحي، لأن ذلك يعني أن جسمك يخبرك بأنك تحتاجين إلى التوقف». وهكذا فعلتُ. *لكن المشكلة أنني لم أعد أنجز أعمالي المن*زلية بالطريقة نفسها التي اعتدتها. في السابق كنت أكنس كل يوم، أو حتى مرتين في اليوم. الآن تولّى زوجي مهمة الكنس لأنني لم أعد أستطيع فعل ذلك. ولستُ راضية عن الطريقة التي يكنس بها. لذا أحيانًا ما أكنس بعده، وإن كنت لا أدعه يعرف ذلك. أضع بعض اللمسات الأخيرة ليس إلا. منزلي لم يعد نظيفًا أو أنيقًا أو مرتبًا بالطريقة التي اعتدتها».

نشأت جيلا في الفلبين، وسط ظروف ربما بإمكان القارئ أن يخمنها الآن. كانت الابنة الكبرى بين ثمانية أطفال والراعية لكل أفراد الأسرة. كان والداها ينتقدانها بلا رحمة. وكلما حدثت مشكلة تُعاقَب بالصفع.

تقول: «كنت مصابة بالربو. وكلما تعرَّضتُ للصفع أتتني الأزمة. وكلما داهمتني الأزمة كانت أمي تقول: «أوه، هذا عقاب أنزله بك الرب لسوء خلقك. لأنك لم تنجزي عملك كما يجب، لأنك تردين الكلمة بكلمة». لذا حاولتُ في ذلك الحين فعل كل شيء. لم أكن أسيء التصرف عن قصد. كنت أبذل قصارى جهدي، وكنت مع ذلك أعاقَب كلما نسيت. وفي بعض الأحيان لم أكن أستطيع ببساطة فعل الأشياء بالطريقة التي تريد. فهي أيضًا مهووسة بالكمال».

كان زوج جيلا يضربها في أولى سنوات زواجهما. ثم تحوَّل الاعتداء شيئًا فشيئًا إلى لا مبالاة عاطفية، لكنه ظل غيورًا ومتسلطًا على نحو مرَضي.

على الرغم من أن بعض اختصاصيِّي العلاج الطبيعي قد طرحوا مسألة الضغط النفسي في عملهم مع جيلا، فإن أحدًا من الأطباء الذين عالجوها من

التهاب المفاصل الروماتويدي لم يستفسر عن حياتها الشخصية أو العاطفية. لقد ضاعت حكمة السير ويليام أوسلر في أغوار مثلث برمودا لممارسات الطب الحديث.

بعد أن أصيبت جيلا بالمرض أدركت أن عليها الخضوع لجلسات العلاج النفسي. فهمت أن مرضها على الرغم من كونه غير مرحَّب به، ربما كان يحاول أن يعلمها شيئًا. لم تكن منظومة الطب قادرة على المساعدة. لذلك وبناء على طلبها، أُحيلت جيلا إلى طبيب نفسي. «أخبرني أنه لا ينبغي لي أن أنزعج كثيرًا، وأن عليَّ أن أعامل زوجي كما لو أنه ابني الأكبر. لم أعُد. لم أكن أريد ابنًا ثالثًا. كنت أريد زوجًا».

في النساء المصابات بالتهاب المفاصل الروماتويدي، أظهر جهاز المناعة اضطرابات متزايدة خلال فترات الضغط النفسي، في حين أن أولئك اللائي حظين بزيجات أفضل نجين من تأجج نشاط المرض بما فيه الالتهاب والألم. ووجدت دراسة أخرى أن زيادة الضغوط في العلاقة كانت مرتبطة بزيادة في التهاب المفاصل.

ومثل هذه النتائج لا تثير الدهشة. تذكَّر أن الضغط النفسي هو استجابة لتهديد متصور. أظهرت الدراسات المختبرية أن العديد من أعضاء الجسم وأنسجته تصبح أشد عرضة للالتهاب والأذى خلال أو بعد الفترات التي يعتبرها المرء تهديدًا. يمكن للمنبهات التي يعتبرها المرء محتملة الخطورة أن تحفز على الفور تمدد الأوعية الدموية والتورم والنزيف وأن تزيد قابلية الإصابة بتلف الأنسجة وتقلل الحد الأدنى للإحساس بالألم. يمكن استحثاث تغييرات كهذه بسرعة لدى الحالات قيد التجربة ببساطة عن طريق تقنيات الحوار التي تعزز الشعور بالتهديد.

ثمة عدة مسارات محتملة يمكن من خلالها أن تظهر الضغوط النفسية الغامرة في شكل التهاب في المفاصل والأنسجة الضامة وأعضاء الجسم. كانت إحدى تعاليم الطبيب الروماني النافذ جالينوس في القرن الثاني أن أي منطقة من الجسم يمكن أن تؤثر في أي منطقة أخرى من خلال الروابط العصبية. إن التغيرات السريعة في الجسم التي تحدث كاستجابة للضغط النفسي هي دون ريب وليدة النشاط اللحظي للجهاز العصبي. يمكن للإفرازات التي تنشأ في

المخ أن تحفز النهايات العصبية لإطلاق جزيئات قوية محرِّضة على الالتهاب قادرة على إحداث تلف في المفاصل من خلال فرط نشاط الخلايا المناعية. بعض المواد الكيميائية المشتقة من الأعصاب هي أيضًا عوامل مهيِّجة قوية لاستحثاث الألم. في أمراض المناعة الذاتية، وُجدت مستويات عالية من بعض هذه الموائد في سائل المفاصل الملتهبة وكذا في الدم. من المحتمل لتلك الآلية السريعة جدًّا أن تكون هي المسؤولة عن البداية الحادة لأعراض التهاب المفاصل لدى راشيل، والتي حدثت خلال انكبابها على تحضير عشاء العيد الذي مُنعت من حضوره. وتشير شدة أعراض النوبة الأولى إلى شدة رد فعلها العاطفي المكبوت على موقفها مع شقيقها.

تشمل العناصر المزمنة لأمراض المناعة الذاتية نظام *PNI* الفائق بأكمله، لا سيما روابط المخ الهرمونية المناعية. وثمة أدلة بحثية وفيرة تستند إليها الفرضية القائلة بأن اضطرابات نظام *PNI* الناجمة عن الضغط النفسي مسؤولة فسيولوجيًّا عن ظهور أمراض المناعة الذاتية ونوباتها.

شرح عديد من الآليات المحتملة التي يوظِّف الضغط النفسي بها نظام *PNI* للتسبب في أمراض المناعة الذاتية قد ينطوي على تفاصيل علمية أكثر مما نحتاج. يكفي أن نقول إن جهاز الضغط النفسي في الجسم، وبخاصة إنتاج هرمون الضغط النفسي الرئيس «الكورتيزول»، قد يختل توازنه بسبب فرط التحفيز المزمن. تذكَّر أن المستوى الطبيعي من الكورتيزول الذي تفرزه الغدة الكظرية ينظم جهاز المناعة ويثبط ردود الفعل الالتهابية التي تستحثها منتجات الخلايا المناعية. في التهاب المفاصل الروماتويدي، تصبح استجابات الكورتيزول للضغط النفسي أقل من الطبيعي: وبذا نفهم السبب وراء اضطراب نشاط المناعة وزيادة الالتهاب. من ناحية، يفلت جهاز المناعة من السيطرة الطبيعية ويهاجم الجسم مسببًا الالتهاب، ومن ناحية أخرى تضعف الاستجابات المضادة للالتهاب المطلوبة وتصبح غير فعالة.

ليست صدفة بالتأكيد أن الدواء الوحيد المستخدم باستمرار لعلاج جميع أمراض المناعة الذاتية هو الكورتيكوستيرويد الكظري، أو الكورتيزول، أو بدائله الصناعية إن شئنا الدقة. الكورتيزول هو الهرمون الأهم في استجابة الضغط النفسي، وأكثر ما يصيبه الخلل بعد الضغط النفسي المزمن كما

تفيد الدراسات. تعكس أمراض النسيج الضام المناعية، من الذئبة الحمراء والتهاب المفاصل الروماتويدي إلى تصلب الجلد والتهاب الفقرات التيبُّسي إنهاك وتشوُّش آليات التحكم في الضغط النفسي الطبيعية في الجسم.

***

الإنهاك هي الكلمة التي دارت بخلدي عندما وصف أحد مرضاي السابقين والمصاب بالتهاب الفقرات التيبسي حياته قبل ظهور المرض وحتى بعده.

روبرت زعيم عمالي بارز في كولومبيا البريطانية. دار لقاؤنا في مكتبه. رجل ضخم دمث الخلق في أواخر الأربعينيات من عمره، يتحدث بصوتٍ رنان وحس فكاهة دافئ. عندما يحتاج إلى الالتفات للرد على الهاتف أو للنظر إليك من زاوية مختلفة قليلًا، يدير جذعه بالكامل. ذلك لأن عموده الفقري قد فقد كل قدرة على الحركة. يقول: «كل شيء متجمد من عنقي إلى مؤخرتي».

عندما كان روبرت في الخامسة والعشرين من عمره، بدأ يعاني ألمًا في كعبيه، تبعه اثني عشر عامًا من ألم لا يعرف الكلل في مفاصل كتفيه وعظمة الترقوة. ذهب إلى الأطباء بضع مرات لكنه لم يلبث أن استسلم. «إنهم يواصلون إخبارك أنه إما هذا وإما ذاك، أو ليس هذا ولا ذاك. لا يمنحونك شيئًا يريحك. ماذا عساك تفعل حيال ذلك؟». وأخيرًا ذهب إلى طبيب روماتيزم، بعد خمس سنوات من الألم في وركه وساقيه.

«كنت أفضِّل استخدام ساقي اليُسرى لدرجة أنني استلقيت على فراشي ذات ليلة فلاحظت شريكة حياتي أن إحدى ساقَي أصغر من الأخرى، تقلصت العضلات لأنني لم أستخدمها. وبالطبع أصابتها نوبة هستيريا ودفعتني دفعًا كي أذهب إلى الطبيب».

خلال السنوات الاثنتي عشرة بين بدء ظهور الأعراض والتشخيص، لم يتغيب روبرت عن العمل قط. كانت قصته نموذجية في كثير من النواحي. كل مسؤول نقابي عالجته في عيادتي كان مثقلًا بأعباء العمل الزائد. كان الطلب على وقتهم جبارًا، ناهيك بالضغط النفسي المتأصل في الوظيفة نفسها، مع الصراع المستمر والسياسات، والساعات الطويلة غير المخطط لها والاجتماعات والمهام التي لا تنتهي.

يقول روبرت: «إن خطط معاشاتنا التقاعدية في الحركة العمالية ممتازة جدًّا جدًّا. والسبب في حصولنا على خطط تقاعد ممتازة هو أن لا أحد يعيش حتى سن الخامسة والستين لتحصيل معاشه، أو نادرًا ما يحدث! ذلك هو السبب في امتلاكنا في الحركة العمالية خطة تقاعد قوية. لأن لا أحد يتقاعد أبدًا».

عندما بدأ مرض روبرت الروماتيزمي، كان يسافر جوًّا نحو مئة ألف ميل سنويًّا عبر جميع أنحاء أمريكا الشمالية. في عام 1976، الذي وصفه بأنه أسوأ أعوامه، كان على سفر لمدة أربعة أشهر ونصف متتالية.

قال: «لم أرَ المنزل قط طوال هذه المدة. كنت أتعامل مع إضراب في جنوب أمريكا لأن النقابة الدولية التي كنت فيها لم تمتلك أحدًا بالمهارات اللازمة. تنقَّلتُ من أركنساس إلى أوكلاهوما إلى جورجيا، أعمل من 12 إلى 14 ساعة في اليوم، ستة أيام في الأسبوع».

كان ينام خلال «أيِّ ما يتبقى من الوقت».

قلت: «كيف كانت حياتك الشخصية؟».

- زوجة وطفلان. لطالما قتل العمل في الحركة العمالية الزيجات. لا أعرف أحدًا من أصدقائي ما زال متزوجًا بزوجته الأصلية. هناك رجال بدأت العمل معهم في عام 1973، بعضهم مات، وبعضهم تزوج مرتين أو ثلاث، أحد الرفاق تزوج خمس مرات! هذا العمل ببساطة يمضغهم ثم يبصقهم.

لا تكون حاضرًا أبدًا ولا تساهم أبدًا. أشعر بالسوء حيال هذا الآن. ولكن في ذلك الحين كنت أغبى من أن أشعر بالسوء حياله. لم أدرك ما لدي. أصبحت علاقتي بأطفالي وثيقة الآن، لقد كبروا. لا أتذكر ابني كثيرًا وهو بعد مراهق ولا عندما كان طفلًا صغيرًا... حسنًا، لدي صور. ولم أعرف حتى أن لدي ابنة حتى بلغت العشرين من عمرها.

أحسب أنني لم أشكك في الأمر لأن الجميع كان يفعل الشيء نفسه. كان جزءًا من ثقافتنا ليس إلا. تشاركنا الزيجات الميتة والنبيذ. كنت أول من توقف عن الشرب بين أقراني.

يقول روبرت إن لديه شخصية إدمانية. «ليس فقط للعمل. الخمر، المخدرات، النساء، المقامرة، كل شيء. لم أحتسِ شرابًا منذ 2 سبتمبر 1980، الساعة 7:40 مساءً. تلك كانت آخر مرة تناولت فيها الجعة. تعبت من الاستيقاظ على الأرض ولساني ملتصق بالسجادة بشعور كأني حفنة من القاذورات. أقلعت عن التدخين أيضًا 132 مرة. المشكلة هي أنني عُدت إليه 133 مرة. ذلك هو الإدمان الوحيد الذي لم أتمكن من الإقلاع عنه».

ما دفع روبرت إلى التنظيم النقابي، وما أبقاه ملتزمًا به حتى الآن، هو فرصة تحسين حياة الناس والعمل من أجل مجتمع أكثر إنصافًا ومساواة. «لهذا السبب لا أقول أبدًا لا. ثمة الكثير مما يتعين عليك فعله على الدوام. قائمة الظلم لا تقصر. أشعر بأني محظوظ لقدرتي على المساهمة في جعل هذا العالم أفضل».

طوَّر روبرت الآن قدرته على قول لا للمطالب الزائدة. والمثير للاهتمام –وربما ليس مصادفةً أيضًا– أنه وجد أن التهاب الفقرات التيبسي لديه، بعد أن شمل أضلاعه وفقراته، كان له منفعة غير متوقعة في التعبير العاطفي.

قال: «أصبح لدي ميزة عن الآخرين فيما يتعلق بالتعبير عن الغضب. تصبح لي اليد العليا هنا. لا أصرخ أبدًا في وجه أحد. لا أضطر إلى الصراخ لأن بإمكاني جعل الكلمات تخترقك فقط عن طريق التحكم في تنفسي. أحد الأشياء الجيدة في التهاب الفقرات التيبسي هو تجمد ضلوعك، تصبح مقيَّدة من الأمام والخلف».

يوضح روبرت أن الناس عندما ينزعجون ويفقدون السيطرة على استجاباتهم الغاضبة، يصبح تنفسهم سطحيًّا بشدة، حيث يستخدمون العضلات بين الضلوع لتضخيم تجويف الصدر ومن ثم سحب الهواء إلى الرئتين. لا يقدر هو على فعل ذلك بسبب التهاب الفقرات التيبسي.

«للحصول على صوت أقوى وسيطرة أكبر على الطريقة التي تتحدث بها، عليك أن تتنفس باستخدام حجابك الحاجز. *أنت* لا تتنفس من هناك، أنت تتنفس بطريقة سطحية حيث تتحرك ضلوعك دخولًا وخروجًا. أما أنا فتتحرك بطني صعودًا وهبوطًا لأني مضطر إلى التنفس من حجابي الحاجز. ثمة سيطرة أكبر بكثير على عضلات الحجاب الحاجز منها على عضلات الضلوع».

وتمنح هذه الطريقة أيضًا ضبطًا أفضل للعواطف وتضمن تدفق الأكسجين إلى مناطق التفكير في المخ.

يتابع: «في السابق كان عليَّ أن أتدرب على ذلك. ولكن مع تجمد ضلوعي لم يعد لدي خيار».

- هذا مثير للاهتمام حقًّا. يخبرنا معلمو التنفس اليوجي طوال الوقت أن نتنفس باستخدام الحجاب الحاجز. تلك هي الطريقة الصحية. وها قد أجبرك التهاب الفقرات التيبسي على اتباعها.
- إنها تمنحني قوة الوضوح. يمكن معرفة إذا كان معظم الناس غاضبين منك لأنهم يصرخون فيك. تلك هي الطريقة التي يمكنهم بها التعبير عن غضبهم لفظيًّا. أما أنا فأضطر بسبب تنفسي إلى التحدث بعبارات أقصر، ويمكنني قص الكلمات وإبراز صوتي بدلًا من الصياح. وفوق ذلك فإن التحكم في تنفسك يتيح لك التحكم في مزاجك وغضبك، وبالتحكم أعني استخدامهما للوصول إلى مبتغاك.

بينما يتحدث روبرت، أدهشتني القدرة الخارقة للطبيعة على تعليم البالغين دروسًا من المرض، الدروس التي كان ينبغي تعلمها –في عالم أفضل– في الطفولة وفي الصحة.

أشارت إحدى الدراسات إلى احتمالية مثيرة للفضول تفيد بأن حتى التهاب المفاصل الروماتويدي المؤلم يمكن أن ينطوي على وظيفة وقائية: إذ ارتبط ألم المفاصل بانخفاض ملحوظ في الأحداث المسبِّبة للضغط النفسي بعد أسبوع واحد. وخلص الباحثون إلى أن «النتائج لها آثار سريرية مهمة، حيث يجسد التفاعل الدينامي بين أحداث الصراع الاجتماعي وآلام المفاصل نظامًا متجانسًا يضبط فيه تفاقم المرض التفاعل الاجتماعي السلبي».

بتعبير آخر، أجبرت نوبات المرض المرضى على تجنب التعاملات المسببة للضغط النفسي. قال الجسد لا.

14

التوازن الدقيق:
بيولوجيا العلاقات

كانت إحدى مرضاي طفلة في السابعة من عمرها، تقرر إجراء جراحة قلب لها بمستشفى كولومبيا البريطانية للأطفال. كانت قد خضعت بالفعل لعمليتين سابقتين لتصحيح عيب خِلقي في قلبها. خبر *والداها الروتين* وكانا يريدان تغيير إحدى قواعد غرفة العمليات. في المرتين السابقتين تضررت ابنتهما نفسيًّا وعانت عندما وجدت نفسها مقيدة على النقالة ومحاطة بغرباء يرتدون الكمامات، وقد ثُبِّتت ذراعها قسرًا خلال إدخال القسطرة الوريدية. *أرادا هذه المرة أن يبقيا* مع ابنتهما حتى يبدأ مفعول المخدر وتسقط في نوم عميق. وعلى الرغم من أن العاملين بالمستشفى كانوا موقنين بأن حضور الأبوين سيجعل الطفلة أكثر تشبثًا وعنادًا، فقد أذعنا لرغبتهما. وسارت عملية التخدير من دون صعوبة.

تجاهلتْ الممارسة المُتبعة في المستشفى القائمة على استبعاد الأبوين أهمية العلاقات كعوامل منظمة لعواطف الطفل وسلوكه ووظائفه الفسيولوجية. من شأن الحالة البيولوجية للطفلة أن تختلف اختلافًا شاسعًا في ظل حضور أبويها أو غيابهما. تتغير لدرجة ملموسة النواتج الكيميائية العصبية، والنشاط الكهربي في المراكز العاطفية بمخها، ونبضات قلبها،

وضغط دمها، ومستوى مختلف الهرمونات المرتبطة بالضغط النفسي في دمها.

لا تكون الحياة ممكنة إلا ضمن حدود معيَّنة محددة بدقة، داخلية كانت أو خارجية. فتحمُّلنا لمستويات السكر العالية في الدم مثلًا لا يزيد على تحمُّلنا لمستويات الإشعاع العالية المنبعثة من انفجارٍ نووي. يمكن تشبيه دور التنظيم الذاتي، العاطفي أو الجسدي، بدور منظِم الحرارة الذي يضمن بقاء درجة حرارة المنزل ثابتة بغض النظر عن الظروف الجوية. عندما تصبح البيئة شديدة البرودة، يعمل نظام التدفئة. وإذا أصبح الجو شديد الحرارة، يبدأ مكيِّف الهواء العمل. يتجلَّى التنظيم الذاتي في المملكة الحيوانية في قدرة المخلوقات ذوات الدم الحار على العيش في مختلف البيئات. يمكنها تحمل التغيرات الشديدة في الحرارة والبرودة من دون أن تنخفض درجة حرارتها أو تزيد، بعكس الأنواع ذوات الدم البارد. ذلك أن الأخيرة تقتصر على نطاق أضيق بكثير من البيئات لأنها لا تمتلك القدرة على التنظيم الذاتي لبيئتها الداخلية.

لا يمتلك الأطفال والحيوانات الرضَّع القدرة على التنظيم الذاتي البيولوجي، إذ تعتمد حالاتهم البيولوجية الداخلية –معدل ضربات القلب، مستوى الهرمونات، نشاط الجهاز العصبي– اعتمادًا كليًّا على علاقاتهم بمقدمي الرعاية من البالغين. تلبي مشاعر مثل الحب أو الخوف أو الغضب احتياجات حماية الذات، وتحافظ على العلاقات الأساسية مع الأبوين ومقدمي الرعاية الآخرين. والضغط النفسي هو كل ما يهدد تصوُّر المخلوق الصغير لعلاقة آمنة مع البالغين، لأن أي اضطراب في العلاقة سيؤدي إلى خلل في البيئة الداخلية.

تظل العلاقات العاطفية والاجتماعية مؤثرات بيولوجية مهمة حتى بعد الطفولة. في عام 1984، كتب د. مايرون، عندما كان أستاذًا في قسم الطب النفسي وعلم الأعصاب بكلية ألبرت أينشتاين للطب في نيويورك، أن: «التنظيم الذاتي المستقل قد يظل غير موجود حتى بعد البلوغ. وقد تستمر التفاعلات الاجتماعية في لعب دور مهم في التنظيم اليومي للأنظمة البيولوجية الداخلية مدى الحياة». تتأثر استجابتنا البيولوجية لتحدي البيئة تأثرًا عميقًا بالإطار

الذي نعيش فيه وبمجموعة العلاقات التي تربطنا بغيرنا من البشر. وقد عبَّر عن ذلك بمهارة أحد الباحثين البارزين حينما قال: «لا تحدث عملية التأقلم بأكملها داخل الفرد».

لم يتطور البشر كجنس ليكونوا مخلوقات انعزالية، وإنما كائنات اجتماعية بقاؤها مرهون بصلات عاطفية قوية مع أفراد العائلة والقبيلة. تعتبر الروابط الاجتماعية والعاطفية جزءًا لا يتجزأ من تركيبنا العصبي والكيميائي. كلنا يعلم ذلك من اختباره اليومي للتقلبات الفسيولوجية الملحوظة التي يخوضها جسمه خلال تفاعله مع الآخرين. تثير عبارة مثل «أحرقتَ الخبز المحمص مرة أخرى» استجابات جسدية مختلفة بوضوح لدينا، بناءً على ما إذا كانت قيلت بصياح غاضب أم بابتسامة. عندما يفكر المرء في تاريخنا التطوري والأدلة العلمية التي بين أيدينا، من السخف حتى أن يتخيَّل أن الصحة والمرض يمكن فهمهما بمعزل عن شبكاتنا النفسية والعاطفية. «الفرضية الأساسية هي أن التوازن الفسيولوجي البشري والحالة الصحية النهائية تتأثر، مثلما هي في الحيوانات الاجتماعية الأخرى، ليس فقط بالبيئة المادية ولكن أيضًا بالبيئة الاجتماعية».

من هذا المنظور *البيولوجي النفسي الاجتماعي*، تعمل بيولوجيا الفرد وأداؤه النفسي وتعاملاته وعلاقاته الاجتماعية معًا، ويؤثر كلٌّ منها في الآخر.

***

جويس أستاذة في اللغويات التطبيقية تبلغ من العمر أربعة وأربعين عامًا. وقد لاحظت أن الضغط الذي تفرضه على نفسها هو عامل رئيس في ظهور أعراض الربو لديها.

تقول: «أعتقد أنني أمرُّ بنوبة في كل مرة أتولى فيها مهامًا أكثر من قدرتي على التحمل. ورغم أني أظن أن باستطاعتي تحملها، فإن جسدي لا ينفك يقول لا بطريقة أو بأخرى. كنت عضوًا في هيئة التدريس بالجامعة لعقدٍ من الزمان، ولعدة سنوات كنت الأنثى الوحيدة هناك، وقد تغيَّرت الأمور حقًّا الآن، أشعر أن جهودي آتت ثمارها. توجد أربع نساء الآن، وهو أمر جيد، ولكن على المستوى الداخلي كان عليَّ دائمًا أن آخذ على عاتقي الكثير. كان عليَّ إثبات

نفسي. لم تُثبَّت امرأة في قِسمي قط. لم يكن المناخ السائد مواتيًا لأفكار النساء أو الأساتذة النساء. كنت أمتص الكثير من «الواجبات». كان ذلك جد صعبًا. عجزي عن قول لا كان مشكلتي. كان قول لا بالنسبة إليَّ يعني خواءً رهيبًا، كنت أخشاه. فعلت الكثير من الأمور فقط لملء الخواء.

خلال الخريف والشتاء الماضيَين، ازدادت حدة الربو لدى جويس بصفة خاصة. اضطرت إلى تلقِّي جرعات أعلى من المعتاد من أدوية الاستنشاق لفتح المسالك الهوائية ولمقاومة الالتهاب في رئتيها.

تقول: «أدرك أن مرضي يدفعني إلى قول لا. كان يُفترض بي الذهاب إلى بالتيمور كجزء من عملية تبادل، وقلت: «لا، لا أستطيع الذهاب». حدث هذا مرات أخرى. ألغيت أشياء، وقلت: «لدي أزمة ربو ولن يمكنني فعل ذلك». ما زلت أختبئ خلف شيء ما. لست مستعدة بعد لأن أقول ببساطة: «لن أفعل ذلك»».

في الربو -كلمة مشتقة من الأصل اليوناني «التنفس الصعب»- يحدث ضيق قابل للزوال في القصيبات (الشعب الهوائية الصغيرة في الرئتين) بسبب انقباض ألياف العضلات المحيطة بها. وفي الوقت نفسه، تصبح بطانة القصيبات متورمة وملتهبة. وتتورط جميع المكونات المختلفة لنظام *PNI* في الربو: العواطف والأعصاب والخلايا المناعية والهرمونات. تضيِّق الإفرازات العصبية الشعب الهوائية استجابة للعديد من المحفزات، بما فيها العواطف. ويصبح الجهاز المناعي مسؤولًا عن التهاب بطانة القصيبات، وهي السمة الأخرى المميزة للربو. والمحصلة النهائية هي تورم بطانة المجرى الهوائي وتراكم الحطام الالتهابي في القصيبات.

ليس الشهيق هو ما يتضرر من الربو وإنما خروج الهواء من القصيبات الضيقة. يعاني مصاب الربو صعوبة في الزفير ويشعر بأن صدره يضيق. تحاول الرئتان تنظيف الشعب الهوائية المسدودة من خلال تنشيط استجابة السعال اللاإرادية. في النوبات الحادة، يصاحب عسر الزفير صوت الصفير الشهير من القصيبات الضيقة، مثلما يحدث عند ضم الشفاه للصفير. وفي الحالات البسيطة قد تقتصر الأعراض على السعال المزعج. وبينما يعاني بعض المرضى ربوًا مزمنًا، فإن البعض الآخر لا يعانيه إلا على فترات متباعدة.

بناءً على الاستعداد الوراثي للفرد، قد يستحث هجمات الربو كل شيء بدءًا من مسببات الحساسية إلى التمارين الرياضية، من الهواء البارد إلى أدوية مثل الأسبرين، من البكاء إلى الضحك، من العدوى الفيروسية في الجهاز التنفسي إلى الانفعال العاطفي. الربو هو أحد الأمراض القليلة التي يعترف الطب السائد بأنها تنشأ إلى حد بعيد من وحدة العقل والجسد.

يمكن أن تلعب العواطف دورًا رئيسًا في جعل الشخص عرضة للإصابة بالربو، بغض النظر عن المحفز المباشر، الأسبرين أو الهواء البارد أو القلق. تزيد الضغوط النفسية المزمنة من تحسس الجهاز المناعي، بحيث يبالغ في التفاعل مع أي عدد من المحفزات.

والطريقة الأخرى التي تؤثر بها العواطف في التهاب الربو هي من خلال الهرمونات. تفرز الغدد الكظرية هرمونات الكورتيكويد السكرية –الهرمونات الستيرويدية المضادة للالتهابات، وأبرزها الكورتيزول– بإشارة من الجهاز النخامي الوطائي في المخ. فإن تضاءلت استجابة الكورتيزول بسبب ضعف في المحور الوطائي النخامي الكظري، فمن شأن ذلك أن يعزز الالتهاب. وجدت دراسة أُجريت بجامعة ترير في ألمانيا أن الأطفال المشخَّصين بالتهاب الجلد التأتبي (الإكزيما، أو الطفح الجلدي التحسسي المسبب للحكة) أو بالربو، يعانون نقصًا في إنتاج الكورتيزول بسبب الضغط النفسي. «عندما يُطلب منهم سرد قصة أو القيام بحسابات ذهنية، يُظهِر هؤلاء الأطفال ارتفاعًا أقل في تركيز الكورتيكويد السكري في لعابهم مقارنةً بأقرانهم من الأصحاء». في الواقع، تُعتبر الهرمونات الاصطناعية الشبيهة بالكورتيزول جزءًا حاسمًا من علاج الربو.

وثَّقت العديد من دراسات الأطفال والبالغين المصابين بالربو ارتباطًا وثيقًا بين شدة المرض والحالة العاطفية الناتجة عن العلاقات. وجد الباحثون الذين درسوا التفاعلات بين الآباء والأطفال المصابين بالربو أنماطًا مميزة لتعلُّق غير آمن. لوحظ لدى الأطفال من مرضى الربو خوفًا أكبر من الانفصال، ليس فقط بالمقارنة بالأطفال الأصحاء، ولكن أيضًا بالمقارنة بالأطفال من مرضى التليف الكيسي، وهو مرض رئوي خِلقي أشد خطورة. ومعنى ذلك أن شدة المرض لم تكن هي سبب الخوف.

بحثت إحدى الدراسات تحت ظروف الاختبار أنماط التنفس لدى الأطفال مرضى الربو ممن تتراوح أعمارهم بين عامين وثلاثة عشر عامًا مقارنة بمجموعة من الأصحاء. استمع كل طفل إلى تسجيلات لصوت أمه وصوت امرأة غريبة. «وبغض النظر عن نبرة الصوت، أظهر الأطفال المصابون بالربو أنماط تنفس غير طبيعية عند الاستماع إلى صوت أمهاتهم مقارنة بالاستماع إلى صوت امرأة غريبة. وهذه النتيجة المثيرة للاهتمام تشير إلى أن صوت الأم كان له تأثير عاطفي محدد في التنفس يتعارض مع ما توقعناه حين يرى الطفل أن صوت أمه يبعث على الطمأنينة».

في الدراسات الألمانية كان الأطفال مرضى الربو أكثر عرضة من أقرانهم الأصحاء للتورط في تفاعلات طويلة ومتصاعدة وسلبية متبادلة مع كل من الأم والأب. وكان آباؤهم أكثر ميلًا إلى إظهار سلوك انتقادي تجاههم مقارنةً بآباء الأطفال الآخرين. وباستخدام المعايير الموضوعية، عندما شعر الأطفال مرضى الربو بالإحباط أو الانتقاد، تناقص تدفق الهواء من رئتيهم، مما يشير إلى ضيق الشعب الهوائية. كذلك وُثِّق تناقُص تدفق الهواء عندما طُلب من هؤلاء الأطفال تذكُّر أحداث غضب أو خوف شديدين.

لا يميز المريض أو أسرته بالضرورة الضغوطات التي قد تسبب الربو لدى الطفل. درس د. سلفادور مينوتشين الربو وأمراض الطفولة الأخرى في «العيادة الإرشادية للأطفال» بفيلادلفيا. ويرى أن الأطفال المتحسسين يلتقطون من البيئة إشارات لا واعية، وبالأخص تلك التي تدل على الحالة العاطفية لآبائهم. وذكر أن النُّظم الأسرية التي يصاب فيها الأطفال بالمرض تتشارك في أربع سمات، وهي: التورط[1]، والحماية الزائدة (السيطرة)، والصرامة، وعدم حل النزاعات. «يتميز النظام الأسري المتداخل بشكل مَرَضي بدرجة عالية من التجاوب والإشراك. ويمكننا أن نرى ذلك في تكافلية العلاقات، والتعدي على الحدود الشخصية، وضعف إدراك الاختلاف بين الذات وأفراد الأسرة الآخرين، وضعف الحدود».

---

(1) التورط أو «enmeshment» هو مصطلح ابتدعه د. سلفادور مينوتشين، وهو في علم النفس يعني تحمُّل فرد من الأسرة لدور ليس له في الأصل، حيث تصبح الحدود الشخصية غير واضحة وحيث فرط الاهتمام بالآخرين يعطِّل النمو الذاتي المستقل. (المترجمة).

داهمت نوبة الربو الأخيرة جويس بعد تجمُّع أسري، واستمرت لعدة أشهر بعد الحادث الأصلي. استحضرت النوبة، حينما شعرتْ بهجوم شقيقها الأكبر، عواطف الفزع والغضب المكبوت منذ الطفولة.

تقول: «وأنا صغيرة عشتُ في رعب من سلوكيات الغضب. لم يضربني أحدٌ قط، ولكن الغضب كان حاضرًا بكثافة في أسرتي، غضب أبي وغضب أخي. وقد تواطأت أمي مع ذلك الغضب. لم تدافع عني ضده. لم يكن الغضب موجهًا إليَّ بالضرورة، لكنه كان يطوِّقني. شعرت بالعجز وسط كل ذلك. يرجع عجزي عن قول لا جزئيًّا إلى خوفي الدائم من إثارة الغضب، من التعرض لموقف صعب. وحتى الآن ما زلت أجد صعوبة بالغة في التعامل مع المواقف المعقدة.

كنت أعيش في كنف ذلك الغضب المتواري طوال الوقت. ولعب أبي دور الرجل الصالح. تجلَّى ذلك في تعبير وجهه ونبرة صوته. لطالما كان تعبيرًا غير عقلاني بالمرة، مثل استجابة طفل للعالم. لم يكن تعبير بالغين. لم أستطع احتماله، كنت خائفة منه. لم أشعر قط الأمان. أصبح أبي الآن في الثانية والثمانين من عمره. لم يعد يثور وينتقد كثيرًا، إذ صار طاعنًا في السن. لكن أخي ما زال شخصًا غضوبًا، يثور وينتقد طوال الوقت بطريقة من شأنها أن تكون جد مدمرة.

سأحكي فقط ما حدث هذا الخريف، كان عيد ميلاد ابني ذي السنوات الست في نهاية شهر نوفمبر، وهذا خطب جلل بالنسبة إليَّ. أتى أبواي من سياتل وانضم إلينا أخي. تناولنا العشاء معًا. ثم فجأة ثار كأنما فقد صوابه، موجِّهًا نقده وغضبه إليَّ. حدث ذلك في يوم الجمعة. كان عيد ميلاد ابني يوم السبت، ونال مني الضيق كل منال. استيقظتُ صبيحة يوم الاثنين عاجزة عن الحديث، عاجزة عن المشي، عاجزة عن فعل أي شيء».

***

تناولت إحدى الدراسات الأسترالية الحديثة أهمية العلاقات الاجتماعية الإيجابية في ترويض الضغط النفسي. أُجريت مقابلات مع خمسمئة وأربع عشرة امرأة ممن تطلبت حالتهن إجراء خزعات الثدي. أقل قليلًا من نصف الحالات شُخصت إصابتهن بالسرطان في وقت لاحق فيما شُخصت الأخريات بأورام حميدة. «كشفت نتائج الدراسة عن تفاعل كبير بين ضغوط الحياة

الخطِرة والدعم الاجتماعي. *النساء اللائي يتعرضن لضغط مُصنف بموضوعية ضمن فئة الضغوطات شديدة الخطورة وليس لديهن دعم عاطفي اجتماعي عميق، زاد خطر إصابتهن بسرطان الثدي بمقدار تسعة أضعاف*».

بوغِت الباحثون. وكتبوا قائلين: «اكتشافنا التفاعل بين أحداث الحياة الخطرة وغياب الدعم الاجتماعي لم يكن *إلى حدٍّ ما* متوقَّعًا بالنظر إلى غياب المؤثر المستقل».

غير أن هذا الاكتشاف ليس أغرب من معرفة أن عدم ارتداء شخص لا يجيد السباحة لسترة النجاة لا يجعلهم عُرضة لخطر الغرق، على الأقل ليس حتى يُقذَف بهم إلى المياه العميقة. لعل القارئ يتذكر من الفصل الأول أن طلاب الطب الذين يرزحون تحت وطأة الامتحانات قد أبدوا ضعفًا في نشاط الجهاز المناعي، لكن الأشد عُزلة بينهم كانوا الأضعف على الإطلاق. إن الوظائف الفسيولوجية للبشر لا يمكن فصلها –ولا حتى من الناحية النظرية، فناهيك بالعملية– عن الروابط العاطفية والاجتماعية التي تساعدنا على النجاة.

أُجريت دراسة امتدت لسبعة عشر عامًا على سكان مقاطعة ألاميدا بولاية كاليفورنيا، وتناول فيها الباحثون الروابط المحتملة بين الترابط الاجتماعي أو إحساس العزلة، وبين ظهور السرطان. لم يكن أحدٌ من البالغين المشاركين مصابًا بالسرطان في بداية تلك الدراسة طويلة المدى. «بدا أن عامل الخطر الأهم بالنسبة إلى النساء هو العُزلة الاجتماعية، ليس فقط العزلة، بل *الشعور* بالعزلة... بالنظر إلى تأثير العواطف على التنظيم الهرموني، ليس من المستبعد أن يكون للعزلة تأثير معزز مباشر على نمو أنواع السرطانات تلك». وصنَّف الباحثون سرطانات الثدي والمبيض والرحم لدى الإناث ضمن فئة السرطانات الهرمونية.

يختلف كل فرد منَّا عن الآخر في كيفية تأثره فسيولوجيًّا بالضغوطات الاجتماعية والشخصية، أو غيرها من مسببات التوتر الخارجية. فما الذي يفسِّر إذن هذه الفروق الفردية، بصرف النظر عن الطباع الفطرية؟

إن العامل الرئيس هنا هو التطور العاطفي. فإذا كان للطفلة في المثال الأول أن تخضع لعملية جراحية أخرى في سن الخامسة والعشرين، فلن تظل بحاجة إلى الإمساك بيد أبيها وأمها في أثناء التخدير. سيكون لديها ما

يكفي من التنظيم الذاتي بحيث لن يخرج نشاط الناقلات العصبية وهرمونات الضغط النفسي لديها عن التوازن، على الرغم من بُعد والديها. ومع ذلك، لا ينبغي لنا أن نأخذ الاستقلال العاطفي أمرًا مسلَّمًا به نكتسبه تلقائيًّا لدى وصولنا إلى مرحلة البلوغ. ذلك لأن استجاباتنا للضغوط المحتمَلة تتأثر بشدة في أي عمر تبعًا للدرجة التي ما زال أداؤنا العاطفي فيها خاضعًا لاحتياجات ومخاوف وقلق التعلُّق.

وفقًا لنظرية أنظمة الأسرة التي طرحها الطبيب النفسي الأمريكي الراحل د. موراي بوين، فإن المرض ليس حدثًا بيولوجيًّا بسيطًا في الإنسان بمعزل عن محيطه. يقر مفهوم أنظمة الأسرة بتداخل الوظائف الفسيولوجية للأفراد من لحظة لأخرى. فمن البدهي أن هذا التداخل الفسيولوجي في علاقة الأم بجنينها لا ينتهي بالولادة، ولا حتى بالنضج الجسدي. تظل العلاقات كما رأينا عوامل تنظيم بيولوجية مهمة طوال الحياة.

المفهوم الأساسي في نظرية أنظمة الأسرة هو *التمايز*، والذي يُعرف بأنه «قدرة المرء على التواصل العاطفي مع الآخرين وأن يظل في الوقت نفسه محافظًا على استقلالية حالته العاطفية». الشخص ذو التمايز الضعيف «يفتقر إلى الحد العاطفي بينه وبين الآخرين ويفتقر إلى «الحد» الذي يمنع آلية مشاعره العاطفية من الطغيان على آلية تفكيره. يمتص القلق تلقائيًّا من الآخرين ويراكم قدرًا كبيرًا من القلق داخل نفسه».

أما الشخص ذو التمايز القوي فبوسعه أن يعطي استجابة نابعة من قبوله الصريح لمشاعره، التي لم تُعدَّل لتناسب توقعات شخص آخر أو لتعارضها. لا يقمع عواطفه ولا يخرجها باندفاع. مايكل كير هو زميل سابق لموراي بوين، ويدير حاليًّا مركز الأسرة بجامعة جورج تاون في واشنطن العاصمة. يميز د. كير بين نوعين من التمايز: *التمايز الوظيفي* و*التمايز الأساسي*. *قد يبدو النوعان* متطابقَين ظاهريًّا، ولكن من منظور الصحة والضغط النفسي ثمة فرق شاسع بينهما.

يشير التمايز الوظيفي إلى قدرة الشخص على العيش *اعتمادًا على علاقاته بالآخرين. على سبيل المثال*، ربما يمكنني *أن أبلي حسنًا في عملي فقط عندما يستطيع الآخرون –الموظفون*، زوجتي، *أطفالي– امتصاص مخاوفي العالقة*

من خلال تحمُّل مزاجي العكر أو عاداتي غير الموثوقة أو افتقاري إلى الارتباط العاطفي أو حتى سلوكي المؤذي. إن هم رفضوا الأدوار التي خصصتُها لهم، من المرجح أن أنهار. هذا مثال على التمايز الوظيفي. ومن الناحية الأخرى، إن كانت قدرتي على العيش مستقلة، ولا تستلزم قيام الآخرين بمهامي العاطفية نيابةً عني –أي إذا كان بوسعي أن أواصل التعامل مع الآخرين وأن أبقى في الوقت ذاته منفتحًا عاطفيًّا لهم ولنفسي– فعندئذٍ يمكن القول إن لدي تمايزًا أساسيًّا. *كلما قل التمايز الأساسي لدى الفرد، أصبح أكثر عرضة للضغط العاطفي والمرض الجسدي.*

في دراسة عن الضغط النفسي والتأقلم والمناعة، توبع ألف وأربعمئة طالب عسكري في ويست بوينت لمدة أربع سنوات. خضعوا للاختبارات النفسية وفحوصات الدم بصفة منتظمة لدراسة مدى استعدادهم للإصابة بفيروس إبشتاين بار، وهو العامل المسبب لداء كثرة الوحيدات المعدي. كان الأكثر عُرضة لالتقاط الفيروس أو إبداء مرض سريري يتشاركون فيما يلي: كان لديهم طموحات عالية لأنفسهم، كانوا يكافحون على المستوى الأكاديمي، كان لديهم آباء من ذوي الإنجازات العالية. يمكننا هنا أن نرى العلاقة بين الضغط النفسي والحاجة المتصوَّرة للارتقاء إلى مستوى توقعات الأبوين، أي بين الوسط البيولوجي الداخلي وحاجة الابن المستمرة إلى نيل القبول.

وفي دراسة أخرى، طوبق عدد متساوٍ من النساء المتزوجات والنساء المطلقات أو المنفصلات. في مجموعة النساء المتزوجات، قُيمتْ جودة زواجهن ورضاهن عنه من خلال التقارير الذاتية. وتُوبع نشاط الجهاز المناعي في عينات الدم المسحوبة من كل امرأة. ارتبط الزواج الأقل جودة «بقوة وبشكل طردي» بضعف في الاستجابة المناعية. في مجموعة النساء المطلقات أو المنفصلات، كان العاملان النفسيان الأشد ارتباطًا بتضاؤل وظيفة المناعة هما الوقت المنقضي منذ الانفصال (كلما كان الانفصال أحدث، زاد النقص المناعي)، ودرجة تعلُّق المرأة بزوجها السابق (كلما زاد التعلُّق العاطفي، كانت وظيفة المناعة أسوأ). أما النساء اللائي تميزن بالتنظيم الذاتي، وكن أقل اعتمادًا من الناحية العاطفية على علاقة لم تفلح، فكان لديهن أجهزة مناعة أقوى. كلما زاد التمايز كانت الصحة أفضل.

الشريك الأضعف في أي علاقة يمتص قدرًا مفرطًا من القلق المتشارَك، ولعل هذا يفسر أن النساء اللائي يخضعن لعلاج القلق أو الاكتئاب مثلًا أكثر عددًا من الرجال. (المسألة هنا ليست *القوة* وإنما *السلطة*: بمعنى من يخدم *احتياجات من؟*) ولا يعني ذلك أن هؤلاء النساء يعانين اختلالًا نفسيًّا أكبر مقارنةً بأزواجهم، حتى وإن بدا أزواجهم أكثر اتزانًا. بيد أن الخلل إنما يكمن في العلاقة، حيث تمتص النساء ضغوط ومخاوف أزواجهن مع اضطرارهن في الوقت ذاته إلى كبح ضغوطهن ومخاوفهن الخاصة.

نذكر أن نانسي، زوجة مريض التهاب القولون التقرحي، كانت تضيق ذرعًا بالضغوط الواقعة عليها بسبب سلوكيات السيطرة الهوسية والمتعنتة لزوجها[1]. *أما تيم فقد استطاع التحكم في مرضه* إلى حدٍّ ما على مر السنين. امتصت نانسي أغلب قلقه بكفاءة، ولكن على حساب نفسها.

تخضع نانسي الآن للعلاج من الاكتئاب والقلق وتقول إن الكيل قد فاض بها: «شعرتُ كما لو أن لي طفلًا آخر، طفلًا متطلبًا للغاية. أدركت الآن أني كنت مسؤولة عن أربعة أطفال. كنت أمارس دور الأم والأب. قمعتُ احتياجاتي العاطفية لزمن طويل، من دون أن أدرك ذلك. من المخيف الآن فكرة أنني لم أكن حتى واعية بذلك، حتى أصِبت بانهيار صغير».

لو أن نانسي تخلت عن دور الراعي من طرف واحد في هذه العلاقة، لعانى تيم نوباتٍ أشد وطأة، اللهم إلا لو تعلم تحمُّل المزيد من المسؤولية العاطفية عن نفسه.

والشريك الذي يضطر إلى كبت احتياجاته من أجل العلاقة من المرجح أن يُصاب بمرض عضوي كذلك، مما يفسر كثرة إصابة النساء بالأمراض المناعية والسرطانات غير المرتبطة بالتدخين على سبيل المثال.

كتب كير يقول: «إن وجود رابط بين العقل والجسد وبين شخصٍ وآخر يعني إمكانية ظهور *قلق* شخص في صورة *اعتلال جسدي* لدى شخص آخر. وذلك ينطبق أيضًا على الاختلالات العاطفية، فالشخص الأكثر عرضة للإصابة

---

(1) انظر الفصل العاشر. (المؤلف).

بأمراض جسدية هو الطرف الذي يتأقلم بدرجة أكبر في سبيل الحفاظ على التناغم في نظام العلاقة».

إن الهدف الأسمى للطبيعة هو تعزيز تطور الفرد من اعتماده المطلق على الغير إلى الاستقلال، أو بالأحرى إلى الاعتماد المتبادل بين البالغين الذين يعيشون في المجتمع. التنمية هي عملية الانتقال من التنظيم الخارجي التام إلى التنظيم الذاتي، بقدر ما تسمح به برمجتنا الجينية. الفرد ذو التنظيم الذاتي السليم هو الأقدر على التفاعل بشكل مثمر مع الآخرين في المجتمع وعلى رعاية طفل يكبر ليصبح بالغًا منظمًا ذاتيًّا هو الآخر. وأي شيء يعوق هذا التسلسل الطبيعي من شأنه أن يهدد فرصة نجاة الجسم على المدى الطويل. منذ فجر الحياة ونحن نرى التوتر القائم بين الاحتياجات التكاملية لكل من الأمان والاستقلالية. يتطلب التطور تحولًا تدريجيًّا سنة بسنة من احتياجات الأمان إلى دافع الاستقلالية، من التعلق إلى التفرد. ولا يُترك أي منهما تمامًا، ولا يُفترض بأي منهما الهيمنة على حساب الآخر.

مع زيادة القدرة على التنظيم الذاتي في مرحلة البلوغ تأتي أيضًا زيادة الحاجة إلى الاستقلالية، إلى حرية اتخاذ خيارات حقيقية. يُنظر إلى كل ما يقوِّض الاستقلالية على أنه مصدر للضغط النفسي. ويتضاعف الضغط النفسي كلما نقصت القدرة على الاستجابة بكفاءة للبيئة الاجتماعية أو الجسدية، أو كلما شعر حيوان المختبر أو الإنسان بالعجز، بلا خيارات جادة. بمعنى آخر، كلما تقوضت الاستقلالية.

ومع ذلك لا بد أن تُمارَس الاستقلالية بطريقة لا تخل بالعلاقات الاجتماعية التي تعتمد نجاتنا عليها، سواء علاقتنا بالمقرَّبين أو بغيرهم من الأشخاص المهمين، مثل أرباب العمل، والزملاء، والشخصيات ذات النفوذ الاجتماعي. كلما قل نمو القدرة العاطفية لدى الطفل على التنظيم الذاتي خلال فترتَي الرضاعة والطفولة، زاد اعتماده بالغًا على العلاقات للحفاظ على التوازن. وكلما زاد الاعتماد تنامى الخوف من ضياع تلك العلاقات أو زوال الأمان فيها، وعليه فإن *قابلية التأثر بالضغط الذاتي والفسيولوجي تتناسب طرديًّا مع درجة الاعتماد العاطفي على الآخرين.*

وفي سبيل تخفيف الضغط النفسي الناجم عن العلاقات المهدَّدة، قد يتخلى المرء عن جزء من استقلاليته. ولا تُعد هذه وصفة صحية، لأن فقدان الاستقلالية في حد ذاته هو أحد أسباب الضغط النفسي. فالتضحية بالاستقلالية يرفع مستوى الضغط النفسي حتى لو بدت في الظاهر ضرورية لأجل «الأمان» في العلاقة، وحتى لو شعرنا بالراحة عند نيل «الأمان» بهذه الطريقة. إذا قمع المرء احتياجاته العاطفية بصورة مزمنة لكي ينال «قبول» الآخرين، فإنه يزيد من خطر اضطراره إلى دفع الثمن في صورة مرض.

السبيل الآخر لحماية النفس من الضغط النفسي الناجم عن العلاقات المهدَّدة هو الانغلاق العاطفي. فمن أجل أن يشعر الشخص بالأمان، ينأى بنفسه عن الآخرين ويغلق الباب في وجه الحميمية. قد يجنِّبه أسلوب التكيف هذا القلق ويحول دون التجربة العاطفية للضغط النفسي، لكنه لا يحول دون التجربة الفسيولوجية له. إن الحميمية العاطفية ضرورة نفسية وبيولوجية. أولئك الذين يبنون جدرانًا أمام الحميمية ليسوا بارعين في التنظيم الذاتي، إنما هم فقط متجمدون عاطفيًّا. وسوف يكون الضغط النفسي الناتج عن الاحتياجات غير الملباة لديهم شديدًا.

يساعد الدعم الاجتماعي على تخفيف حدة الضغط الفسيولوجي. ثمة وفرة من الأدلة التي تثبت الروابط الوثيقة بين الصحة والبيئة الاجتماعية. في دراسة مقاطعة ألاميدا، كان الأشخاص الأكثر عزلة اجتماعيًّا أشد عرضة للإصابة بمرض من بين عدة أنواع. وفي ثلاث دراسات منفصلة عن كبار السن، ارتبط خطر الوفاة خلال خمس سنوات ارتباطًا مباشرًا بالتكامل الاجتماعي: كلما كان الشخص أكثر ارتباطًا من الناحية الاجتماعية انخفض خطر الموت. وخلصتْ مجموعة من الباحثين إلى أن: «الروابط الاجتماعية والدعم الاجتماعي يظلان عن جدارة اثنين من أقوى مؤشرات الإصابة بالمرض والوفاة، بغض النظر عن أي ارتباطات بعوامل الخطر الأخرى».

ومن ثم فإن تنظيم الضغط البيولوجي لدى البالغين يعتمد على توازٍ دقيق بين الأمان الاجتماعي وأمان العلاقات من جهة، وبين الاستقلالية الحقيقية من جهة أخرى. كل ما يخل بهذا التوازن، سواء كان الفرد واعيًا به أو غير واعٍ، هو مصدر للضغط النفسي.

15

بيولوجيا الفقد

كانت راشيل، التي داهمها التهاب المفاصل الروماتويدي لأول مرة عشية رأس السنة العبرية، امرأة نحيفة لا يتجاوز طولها خمسة أقدام. جلست على الأريكة في غرفة معيشتها، وبدت ضئيلة مقارنة بالدب المحشو الضخم الموضوع بجانبها. ثمة شيء في مظهرها يوحي بالجوع، تذكار من الوقت الذي كانت فيه رضيعة مبتسرة تعاني نقص التغذية والحرمان العاطفي.

قالت: «عند ولادتي اختنقتُ بالسائل الأمنيوسي الذي ملأ رئتيَّ. قضيت الأسابيع الأربعة الأولى في فرن المحمصة المدعو حضَّانة. في عام 1961 لم يكن بعدُ معروفًا أن الأطفال في الحضَّانات لا يزالون يحتاجون إلى اللمس. لذا كان الشهر الأول من حياتي عبارة عن إبر ووخزات ونخزات. لم تزرني أمي لأنها اضطرت إلى رعاية أخي. ولست أدري إن كان والدي قد أتى».

كان يمكن التغلب على تبعات الحرمان العاطفي والحسي خلال شهر راشيل الأول لو أنها حظيت بعلاقات مُثرية فيما بعد، بيد أن هذا لم يحدث. فشلت راشيل في تحقيق غاية حياتها منذ لحظة تكوينها تقريبًا. فقد أملت أمها أن يُبقي الحمل زواجها متماسكًا، لكن زوجها هجرها قبل حتى أن تولَد راشيل. ولنا أن نتصور الحالة الذهنية للأم، كونها بمفردها واضطرارها إلى رعاية طفلين صغيرين وحدها (شقيق راشيل والمولودة).

في ظروف كهذه، أصبح اضطرار راشيل إلى تبرير وجودها أشبه بفطرة ثانوية، فهو ليس فطرة *أوَّلية* لأحد. كان توقعها الأساسي أن تتعرَّض للهجران.

تقول: «أظن أنه إذا تسنَّى لأي أحدٍ أن يعرفني من كثب فسوف يتركني بكل تأكيد».

لقد ذُهلتْ عندما تلقَّت خلال العطلة الماضية عدة دعوات من أناس يدعونها إلى زيارتهم. إن رغبة أي شخص فيها دون توقع أي شيء في المقابل هو أمر يكاد يستحيل عليها فهمه.

بدأت راشيل جلسات العلاج النفسي منذ أن شُخِّصت إصابتها بالتهاب المفاصل الروماتويدي. ونتيجة لذلك صارت أقدر من ذي قبل على معرفة ما تشعر به في أي لحظة. لكن الغضب هو العاطفة التي ظلت تجد صعوبة في تمييزها. تضطرم في صدرها لدى إدراكها أنها منبوذة أو مُهانة، مثلما حدث عندما انتقدت أمها مؤخرًا اختيارها للمعالج النفسي. «لم تفهم لماذا استخدمت جزءًا من شيك الرعاية الاجتماعية لدفع تكاليف العلاج النفسي بدلًا من الذهاب إلى معالِج ممول من التأمين الصحي. ها أنا عثرت أخيرًا على أحدٍ يمكنني التواصل معه، ولا تفكر أمي إلا في المال». ومع ذلك، بدل أن تعلن راشيل بهدوء أن قراراتها تخصها وحدها، جادلت وتضرعت لأمها كي تفهمها. وتسببت تلك المرارة في أسبوع من فقدان الشهية، وهي طريقتها في الغضب الموجَّه إلى الذات.

عندما يتطلب الموقف توكيدًا للذات، تبتلع راشيل غضبها وتحاول تبرير نفسها، أو استرضاء الطرف الآخر أو الانغماس في تفاعل هدفه إقناع هذا الطرف بـ «تفهُّم موقفها». وما هذه الجهود إلا استجابة تلقائية لطفلة هشة تبذل جهدًا جهيدًا كي تكسب الأب أو الأم لصالح احتياجاتها. يجبرها قلقها وخوفها من الهجر على قمع أي عاطفة قد تسبب لها الرفض.

على الجانب الآخر، لدى راشيل أرنب وهي شديدة الحساسية لحالة مالكتها العاطفية. عندما تغضب راشيل، ترفض الأرنب ببساطة أن تحملها.

تقول: «إذا أدركتُ أنِّي غاضبة أتركها وشأنها. ولكن إذا اعتراني الغضب دون أن أدرك ذلك، فلا تدعني ألمسها، تخبرني فأنظر بداخلي، وبالطبع أجدني غاضبة من أمر ما».

على الرغم من أن ذلك يبدو غريبًا لبعض الناس، فإن تفسيره بسيط، فالناس وحيواناتهم الأليفة يتواصلون عبر تراكيب مخية مشتركة تسبق تطور القشرة الأمامية للإنسان بأنظمتها اللغوية والمنطقية. تتفاعل الحيوانات والبشر عن طريق أجهزتهم الحوفية، وهي المناطق العاطفية للمخ. وبعكس البشر لدى الحيوانات حس مرهف بالرسائل المنبعثة من المخ الحوفي، سواء مخها أو مخ مالكيها. وفي غضب راشيل اللاواعي تستشعر الأرنب خطرًا.

كيف يُعقل أن يحتاج إنسان إلى أرنب لتخبره عندما يكون منزعجًا؟ وأبسط إجابة عن هذا السؤال هي برمجة الطفولة. لا يولد طفل بنزعة إلى قمع التعبير عن العواطف، بل على العكس تمامًا. أي أحد حاول في وقتٍ ما أن يرغم طفلًا على ابتلاع أطعمة لا يحبها أو يجبره حتى على فتح فمه عندما لا يرغب في الأكل يمكنه أن يشهد على القدرة المتأصلة لدى الطفل على مقاومة الإكراه والتعبير عن استيائه. لماذا إذن نبدأ في ابتلاع طعام لا نريده أو مشاعر لا يريدها آباؤنا؟ لا يحدث هذا بسبب أي نزعة فطرية وإنما بسبب حاجتنا إلى النجاة.

لا يمكن استرجاع سوى بعض جوانب تجارب الطفولة عن وعي. تتذكر راشيل على سبيل المثال إحساس الرفض والمهانة الذي شعرت به وهي تتبع أباها وأخاها من بعيد بينما يسير الاثنان متعانقين. وتعي أيضًا الظروف المحيطة بمولدها، على الرغم من عدم تذكرها إياها بشكل مباشر. ولكن حتى من دون هذه المعلومات، فإن لدينا براهين أكيدة على تجربتها في الطفولة المبكرة: يأسها من الحميمية، ومناشداتها المستمرة من أجل تفهُّم أمها على الرغم من عُقم ذلك لما يقرب من أربعين عامًا، واعتمادها على الأرنب كمستشعر الغضب. تجسد هذه السلوكيات نظام ذاكرة بالغ الدقة، نظام طُبع في ذهنها منذ أولى مراحل نشأتها. وقد وجَّه نظام الذاكرة هذا سلوكها طول حياتها وأعد الميدان في نهاية المطاف لظهور مرض المناعة الذاتية.

تنشأ بيولوجيا المرض المحتمَل في وقت مبكر من الحياة. وتبرمج التجارب منذ مرحلة الرضاعة آليات استجابة المخ للضغط النفسي، وكذا الذكريات المستترة غير الواعية التي تحكم توجهاتنا وسلوكياتنا تجاه أنفسنا وتجاه الآخرين والعالم. لم تكن حالات السرطان والتصلب المتعدد والتهاب المفاصل

الروماتويدي وغيرها تطورات جديدة مفاجئة في حياة البالغين، وإنما تتويج لعمليات طويلة الأمد. حدثت التفاعلات البشرية والتطبُّع البيولوجي الذي شكَّل هذه العمليات في فترات من حياتنا قد لا يكون لدينا أي تذكر واعٍ لها.

إن التفاعل غير المُشبِع عاطفيًّا بين الطفل وأبويه كان سمة متكررة في نحو مئة مقابلة مفصَّلة أجريتُها من أجل هذا الكتاب. يعاني أولئك المرضى أمراضًا مختلفة، لكن الخيوط المشتركة في قصصهم هي الفقد المبكر أو العلاقات العاطفية المبكرة غير المرضية إلى حد بعيد. وجرى التأكُّد أيضًا من الحرمان العاطفي في الطفولة المبكرة في تاريخ بالغين مصابين بأمراض خطيرة من خلال عدد هائل من الدراسات الواردة في الكتب الطبية والنفسية.

في دراسة إيطالية، أُفيد بأن النساء المصابات بسرطان الجهاز التناسلي كن يشعرن بقربٍ أقل من آبائهن مقارنةً بغير المصابات. وكن أيضًا أقل تعبيرًا عن العواطف.

قارنت دراسة أوروبية واسعة النطاق 357 مريضة سرطان مع 330 امرأة سليمة. كانت مريضات السرطان أقل ميلًا لتذكُّر منازلهن في الطفولة بمشاعر إيجابية مقارنة بمجموعة الأصحاء. وعانى ما يصل إلى 40 بالمئة من مريضات السرطان وفاةَ أحد الأبوين قبل عمر السابعة عشرة، وهي نسبة فقدان أبوي تبلغ ضعفين ونصف ما عانته مجموعة الأصحاء.

ذكرنا سابقًا الدراسة طويلة الأمد لطلاب الطب بجامعة جون هوبكنز، والتي استمرت على مدار ثلاثين عامًا. كان الخريجون الذين كشفت مقابلاتهم الأولية في كلية الطب عن تقارب أقل مع الآباء في مرحلة الطفولة معرَّضين للخطر بصفة خاصة. وبحلول منتصف العمر كانوا أكثر عرضة للانتحار أو الإصابة بمرض نفسي أو ارتفاع ضغط الدم أو أمراض القلب التاجية أو السرطان. في دراسة مماثلة، أُجريت مقابلات مع طلاب جامعة هارفرد حول تصوراتهم عن الرعاية الأبوية. وبعد خمسة وثلاثين عامًا روجعتْ الحالة الصحية لأولئك الأفراد. بحلول منتصف العمر، لم يمرض سوى ربع الطلاب الذين أبلغوا عن تصورات إيجابية إلى حد بعيد عن الرعاية الأبوية. وفي المقابل، مرض ما يقرب من 90 بالمئة ممن رأوا أن الرعاية الأبوية العاطفية

التي تلقوها سلبية. وخلص الباحثون إلى أن: «يرتبط الشعور البسيط والمباشر بأن المرء محبوب ارتباطًا ملحوظًا بالحالة الصحية».

التواصل اللمسي هو أولى تجارب الطفل حديث الولادة في العالم. إنها أولى الطرق التي نتلقى بها الحب. جميع أمهات الثدييات بلا استثناء تمنح نسلها تحفيزًا باللمس: على سبيل المثال، تلعق الفئران صغارها، وتمسِّد الرئيسيات صغارها. كتب آشلي مونتاج في كتابه الرائع «اللمس: الأهمية الإنسانية للجلد»: «إن أشكال اللمس المختلفة التي يتلقاها الأطفال حديثو الولادة والأطفال الأكبر سنًّا لها أهمية قصوى في نموهم البدني والسلوكي والصحي. يبدو من المحتمَل أن التحفيز باللمس بالنسبة إلى البشر له أهمية حاسمة في تطور علاقات عاطفية أو وجدانية صحية، وأن «اللعق» بمعناه الفعلي والمجازي والحب وثيقان الصلة ببعضهما. باختصار، لا يتعلم المرء الحب من خلال التعليمات، وإنما من خلال أن يكون محبوبًا».

يُعرف من التجارب على الحيوانات أن التلامس الجسدي يحفز إنتاج هرمون النمو ويعزز التطور وزيادة الوزن. وهده النتائج تنطبق أيضًا على البشر. في دراسة على الأطفال الخدَّج، قُسِّم الأطفال الموضوعون في الحضَّانات إلى مجموعتين. كانت جميع ظروفهم من التغذية وغيرها متطابقة، باستثناء متغير واحد: أُعطيت إحدى المجموعتين خمس عشرة دقيقة من التحفيز اللمسي ثلاث مرات في اليوم على مدار أسبوعين. «أدَّى هذا النوع من التحفيز لأولئك الأطفال إلى تسارع كبير في زيدة الوزن، وزيادة محيط الرأس، وتحسن المؤشرات السلوكية» مقارنة بالمجموعة الأخرى. لقد أعاق نقص التلامس الذي تعرضتْ له راشيل تطورها الجسدي وفي الوقت نفسه أعطاها أول إشارة إلى أنها لا مرغوبة ولا محبوبة. وأكَّدت الأحداث اللاحقة تلك الانطباعات المبكرة.

تبرمج تفاعلاتنا مع العالم تطورنا الفسيولوجي والنفسي. لا يقل الاتصال العاطفي أهمية عن الاتصال الجسدي. إنهما وجهن لعملة واحدة، وهو ما ندركه عندما نصف التجربة العاطفية بأنها *لمستنا*. إن أعضاءنا الحسية وأدمغتنا هما حلقة الوصل التي من خلالها تشكِّل العلاقات تطورنا من الطفولة إلى البلوغ. تترك التفاعلات الاجتماعية العاطفية أثرًا حاسمًا في

تطور المخ البشري. فهي تنظم وتيرة نظام PNI الفائق ونشاطه وتطوره منذ لحظة الولادة. لقد جرى تحديد أساليبنا المميزة في التعامل مع الضغط النفسي والجسدي في سنواتنا الأولى.

درس علماء الأعصاب بجامعة هارفارد مستويات الكورتيزول لدى أيتام نشؤوا في ملاجئ مهمَلة تأسست في رومانيا خلال عهد تشاوشيسكو[1]. كانت نسبة مقدمي الرعاية في هذه المنشآت واحدًا إلى كل عشرين طفلًا. وباستثناء أساسيات الرعاية، كان من النادر حمل الأطفال أو لمسهم جسديًّا. أبدى هؤلاء الأطفال حركات عناق ذاتي وسلوك اكتئابي نموذجي للأطفال المهجورين، سواء من البشر أو الرئيسيات. في فحوصات اللعاب، وُجد لديهم اختلال في مستويات الكورتيزول يشير إلى أن المحاور النخامية الكظرية لديهم كانت معطَّلة بالفعل. وكما رأينا سالفًا، فقد ارتبطت اختلالات المحور الوطائي النخامي الكظري بأمراض المناعة الذاتية والسرطان واضطرابات أخرى.

يسهُل بداهةً أن نفهم سبب حدوث عواقب سلبية إثر التعرض لإساءة أو صدمة نفسية أو إهمال شديد في مرحلة الطفولة. ولكن لماذا يصاب العديد من الناس بأمراض مرتبطة بالضغط النفسي من دون التعرض لإساءة أو صدمة؟ لا تنجم معاناة هؤلاء الناس عن حدث سلبي لحق بهم، وإنما عن حدث إيجابي حُجب عنهم. كما كتب د. مايرون هوفر، مدير قسم علم النفس التنموي بجامعة كولومبيا، في إصدار خاص من صحيفة «الطب النفسي الجسدي» في عام 1996: «وتظل المفارقة، كيف يُعقل أن يسبب *غياب* شيء أو شخص مثل هذه الاضطرابات... *لا بد من وجود بيولوجيا للفقد، ولا بد أن نجدها*».

تتضح الكيفية التي يتسبب بها غياب شيء أو شخص في اضطرابات فسيولوجية إذا تذكرنا حديثنا عن الضغط النفسي. جميع مسببات الضغط النفسي ما هي إلا غياب أو تهديد بغياب عناصر أساسية في البيئة، عناصر يراها الكائن الحي ضرورية لنجاته.

---

(1) تشاوشيسكو هو ديكتاتور شيوعي حكم رومانيا من عام 1965 إلى عام 1989. (المترجمة).

كتب سـ. ليفين وهـ. أورسين في كتابهما «ماهية الضغط النفسي» يقولان: «تشير محفزات الضغط النفسي إلى أن شيئًا قد فقُد أو على وشك الاختفاء وأن هذا الشيء يعد مهمًا ومرغوبًا بشدة بالنسبة إلى الكائن الحي».

الحياة من دون الأبوين مستحيلة بالنسبة إلى صغار ذوات دم حار. يعتمد الإنسان في صغره على البالغين لمدة أطول كثيرًا من صغار أي نوع آخر، وذلك لأسباب تتجاوز الاحتياجات المادية المباشرة. يمنح مقدمو الرعاية الأبوية ما هو أكثر من الطعام والمأوى ومعلومات المهارات الحياتية والحماية من الحيوانات المفترسة. فكما تبيَّن من المثال المحزن للأيتام الرومانيين، يُعد الآباء أيضًا عوامل بيولوجية منظِّمة للأجهزة الفسيولوجية والعاطفية غير الناضجة للطفل. إن حب الأبوين ليس مجرد تجربة عاطفية دافئة وبهيجة، إنما هو شرط بيولوجي أساسي للتطور الفسيولوجي والنفسي الصحي. إن حب واهتمام الأبوين هو محرك النضج الأمثل لدوائر المخ ونظام PNI والمحور الوطائي النخامي الكظري.

للطفل حديث الولادة مخ أصغر حجمًا وأقل نضجًا من مخ البالغ، وذلك مقارنةً بأي حيوان ثديي آخر. على سبيل المقارنة، يمكن للحصان الركض في أول أيام حياته، وهو نشاط نفتقر إلى الدوائر العصبية والمهارات البصرية المكانية والتنسيق العضلي اللازم له في أول حياتنا ولمدة عام ونصف أو أكثر. السبب التشريحي المباشر لدخولنا العالم بهذا التعسُّر العصبي هو حجم رأسنا. عند الولادة يكون قطر رأس طفل الإنسان أكبر من جسمه بالفعل، وهو الجزء الذي يُرجح أن يعلق في قناة الولادة. ففي الوقت الذي نما فيه رأس الإنسان لاستيعاب قدرات التحكم الفكرية واليدوية المعقدة المتزايدة للمخ، ضاق الحوض البشري ليسمح بحركة أكثر توازنًا على قدمين. فلا يمكن للمرء أن يمشي على قدمين لو وُلد بحوض حصان. ومن ثم تتزامن زيادة حجم الرأس مع ضيق الحوض، لو صُممت أدمغتنا لتبلغ حجمًا أكبر بنهاية فترة الحمل، ما كان لأحد أن يولَد.

ثلاثة أرباع نمو المخ وما يقرب من 90 بالمئة من تطوره يحدث بعد الولادة، ومعظمه في السنوات الثلاث الأولى من الحياة. بعد الولادة مباشرة يستمر دماغ الإنسان –الوحيد بين أدمغة الثدييات– في النمو خارج الرحم

بالمعدل نفسه الذي كان ينمو به في الداخل. في الأشهر الأولى وبعدها يحدث تطور سريع ومعقد إلى حدٍّ مذهل للوصلات أو التشابكات العصبية. حيث تمر بالإنسان فترات ينتج فيها ملايين التشابكات العصبية الجديدة في الثانية الواحدة.

إن توالي أي عملية تطورية يعتمد ليس فقط على الجينات الموروثة وإنما أيضًا على الظروف البيئية. من شأن أجود سلالات القمح وأشدها تحملًا أن تخفق في النمو إذا كانت التربة قاحلة وجافة. أثبتت عقود من بحوث العلوم العصبية أن أحد المتطلبات الأساسية لتطور المخ البشري هو تنمية التفاعلات العاطفية مع الأبوين. يمكن للتفاعلات العاطفية أن تحفِّز نمو الخلايا والدوائر العصبية أو تثبطها عن طريق العمليات المعقدة التي تنتهي بتحرير مواد كيميائية طبيعية. على سبيل المثال عندما يشهد الرضيع أحداثًا «سعيدة»، يتحرر الإندروفين، وهو أحد «هرمونات المكافأة» الأفيونية التي ينتجها المخ. يشجع الإندروفين نمو الخلايا والوصلات العصبية. وفي المقابل، تبيَّن من الدراسات التي أجريت على الحيوانات أن المستويات العالية المزمنة من هرمونات الضغط النفسي مثل الكورتيزول تتسبب في تقلُّص مراكز مهمة من المخ.

تتطور دوائر وكيمياء المخ العصبية استجابةً لمُدخلات البيئة، فالرضيع الذي يتمتع بعينين سليمتين تمامًا عند الولادة قد يُصاب بعمى لا رجعة فيه لو حُبس في غرفة مظلمة لخمس سنوات، ذلك لأن دائرة الرؤية لن تنمو إلا بتحفيز من موجات الضوء.

يقول التنافس «الدارويني» إن نجاة ونمو الخلايا العصبية والتشابكات فيما بينها يعتمد على القدر الذي تُستخدَم به. أما التي تُحرَم من التحفيز البيئي المناسب فتضمر أو تموت أو تفشل في التطور على الوجه الأمثل.

إحدى الغايات الجوهرية للتطور البشري هي وجود إنسان مكتفٍ ومنظم ذاتيًّا يمكنه العيش في تناغم مع إخوانه من البشر في السياق الاجتماعي. ولكي تتطور البيولوجيا العصبية للتنظيم الذاتي لدى الطفل، لا بد من وجود علاقة مع أبوين يريان مشاعر الطفل ويفهمانها ويمكنهما الاستجابة بتعاطف متناغم مع إشارات الطفل العاطفية. العواطف هي حالة من اليقظة

الفسيولوجية، إما إيجابية: «أريد المزيد من هذا»، وإما سلبية: «أريد القليل من هذا». لا يملك الأطفال والرضع القدرة على تنظيم حالاتهم العاطفية بأنفسهم، ومن ثم فهم معرَّضون فسيولوجيًّا لخطر الاستنزاف أو حتى الموت إن لم تُنظم عواطفهم من خلال التفاعل مع الأبوين. وعليه فإن التقارب مع الأبوين يعمل على حفظ التنظيم البيولوجي للرضيع.

يتطلب التنظيم الذاتي تنسيقًا بين أنشطة مناطق المخ المنفصلة من الناحية التشريحية، جنبًا إلى جنب مع هيمنة حميدة للمناطق العليا الأحدث تطورًا من المخ على المناطق الدنيا. إن الجزء الأقدم من المخ –والأهم للحياة– هو جذع *المخ*، حيث تنشأ دوافع البقاء البدائية في «اللب الزاحف من الدماغ» وحيث تُضبَط الوظائف اللاإرادية الأساسية، بما فيها الجوع والعطش ونبض القلب والأوعية الدموية والتنفس ودرجة حرارة الجسم، من بين أمور أخرى. أما الجزء الأحدث من المخ البشري فهو *القشرة المخية الحديثة* الموجودة في مقدمة المخ. كلمة قشرة تعني «*لحاء*» كما في لحاء الشجرة، وتشير إلى غشاء المادة الرمادية الرقيق الذي يغلف مادة المخ البيضاء. تتكون الغالبية العظمى من القشرة المخية من الخلايا العصبية أو العصبونات، والتي تعالج الأنشطة الأكثر تطورًا للمخ البشري. تعدِّل قشرة *الفص الجبهي* استجاباتنا للعالم لا على أساس الدوافع البدائية ولكن على أساس المعلومات المكتسبة عما هو حليف أو محايد أو عدائي، وما هو مفيد من الناحية الاجتماعية وما هو مضر. وتتضمن وظائفها السيطرة على الانفعالات، والذكاء الاجتماعي العاطفي، والتحفيز. لا يدور العمل التنظيمي لقشرة المخ في أغلبه حول بدء ردود الفعل، وإنما حول تثبيط الدوافع النابعة من مراكز المخ السفلية.

أما همزة الوصل بين العمليات التنظيمية للقشرة ووظائف البقاء الأساسية لجذع المخ فهي الجهاز العاطفي *الحوفي*. يتضمن الجهاز الحوفي هياكل تقع بين القشرة وجذع المخ، ولكنه يشتمل أيضًا على بعض أجزاء القشرة. يُعد الجهاز الحوفي ضروريًّا للبقاء. فمن دونه ستعمل القدرات التنظيمية والتفكيرية لقشرة المخ مثل دماغ علَّامة أبله: حيث معرفته الفكرية منفصلة عن معرفته الحقيقية بالعالم.

العواطف هي تُرجمان العالم. تعمل كرسول يخبرنا عن حالتنا الداخلية كلما تأثرت بالمدخلات الآتية من الخارج. العواطف هي استجابة للمنبهات الحالية بعد أن تُصفِّيها ذكريات التجارب السابقة، والتي تتكهن بالمستقبل بناءً على رؤيتنا للماضي.

إن تراكيب المخ المسؤولة عن الإحساس بالعواطف وتعديلها، سواء في القشرة أو في مركز المخ، تتطور استجابةً للمدخلات الآتية من الأبوين، تمامًا مثلما تتطور الدوائر البصرية استجابةً للضوء. ينضج الجهاز الحوفي من خلال «قراءة» رسائل الأبوين العاطفية ودمجها. تعتمد مراكز الذاكرة، الواعية وغير الواعية، في تجميعها وتفسيرها المستقبلي للعالم على التفاعل مع الأبوين. تنشط الدوائر المسؤولة عن إفراز النواقل العصبية المهمة مثل السيروتونين والنورادرينالين والدوبامين –الضرورية لاستقرار الحالة المزاجية وللإثارة والتحفيز والانتباه– وتغدو منسَّقة في ظل علاقة الطفل بمن يرعونه. وقد قيست اختلالات خطيرة في هذه المواد الكيميائية العصبية المختلفة في أدمغة القرود الرُّضع بعد أيام قليلة فقط من انفصالها عن أمهاتها.

من تفاعل الطفل بأبويه ينشأ إحساسه بالعالم: سواء كان عالمه هذا عالمًا من الحب والقبول، أو عالمًا من اللامبالاة المقصِّرة حيث يتوجب على المرء أن ينقِّب ويحفر بأظافره ليجد ما يشبع احتياجاته، أو الأسوأ من ذلك، عالم من العدائية حيث يتحتم على المرء أن يحتفظ إلى الأبد بتحفُّز قلِق. وسوف يهيمن على العلاقات المستقبلة دوائر الأعصاب التي شكَّلتها علاقتنا برُعاتنا الأوائل. سوف نفهم أنفسنا بقدر ما شعرنا بالتفهم، وسوف نحب أنفسنا بقدر ما تلقَّينا الحب في أعمق مستويات اللاوعي، وسوف نعتني بأنفسنا بالقدر نفسه من التعاطف الذي شهدناه في داخلنا عندما كنا أطفالًا صغارًا.

قد يترك اضطراب علاقات التعلُّق في مرحلة الرضاعة والطفولة عواقب طويلة المدى في جهاز استجابة الضغط النفسي في المخ وفي جهاز المناعة. لقد أثبت عدد ضخم من التجارب على الحيوانات علاقة وثيقة بين اضطرابات التعلُّق المبكرة واختلال قدرات استجابة الضغط النفسي لدى البالغين. وجوهر هذا البحث هو أن التعلُّق المضطرب في الطفولة يفضي إلى استجابات ضغط نفسي مبالَغ فيها لدى البالغين. وفي المقابل، فإن تغذية

تفاعلات التعلُّق في الطفولة تؤدي إلى ردود فعل بيولوجية متزنة للضغط النفسي لدى البالغين.

إن تلبية احتياجات التعلق لدى البشر تتطلب ما هو أكثر من التقارب الجسدي والتلامس. فالتواصل العاطفي المثري، وبالأخص جودة *التناغم*، يحمل هو الآخر نفس القدر من الأهمية. التناغم هو عملية يكون فيها الأب أو الأم «متناغمًا» مع احتياجات الطفل العاطفية، وهي عملية دقيقة. إنها إحدى الغرائز المتأصلة فينا، بيد أن من السهل تشويشها عندما يكون الأبوان مضغوطَين أو مشتَّتين عاطفيًّا أو ماليًّا أو لأي سبب آخر. وقد يغيب التناغم كذلك إذا لم يتلقه الأبوان في طفولتهما. قد نرى قوة التعلق والحب في كثير من العلاقات بين الآباء والأبناء ولكن قلَّما نرى التناغم. وربما يشعر الطفل في العلاقة غير المتناغمة بالحب ولكنه لا يشعر على المستوى الأعمق بأنه محبوب لذاته. يتعلَّم إظهار جانبه «المقبول» فقط لأبويه، وقمع الاستجابات العاطفية التي يرفضها الأبوان، ويتعلم رفض نفسه لمجرد إحساسه بمثل هذه الاستجابات.

الرضيع الذي كان رُعاته لسبب ما مضغوطين نفسيًّا لدرجة منعتهم من منح طفلهم الاتصال المتناغم الضروري، سوف يكبر بنزعة مزمنة للشعور بالوحدة مع عواطفه، وبإحساس -صوابًا كان أو خطأً- أن لا أحد يمكنه مشاركته شعوره، لا أحد يمكنه أن «يفهم». إننا لا نتحدث هنا عن نقص محبة الأبوين، ولا عن الانفصال الجسدي بين الأبوين والطفل، ولكن عن فجوة في إحساس الطفل بأنه مرئي ومفهوم ومحل تعاطف وبأنه «مقبول» على المستوى العاطفي. تسمَّى ظاهرة القُرب الجسدي مع البُعد العاطفي تلك بـ «الانفصال عن قرب»، والذي يحدث عندما ينقص الاتصال المتناغم بين الأبوين والطفل أو ينقطع بسبب الضغوط الواقعة على أحد الأبوين أو كليهما والتي تجذبهما بعيدًا عن التفاعل.

ومن أمثلة انقطاع التناغم هذا أن يبادر الأب أو الأم بالنظر بعيدًا عن الطفل خلال أحد تفاعلاتهما المحببة التي تتضمن النظر وجهًا إلى وجه. وقد يحدث انقطاع التناغم إذا أصر الأب أو الأم على تنبيه طفل ساكن لأنه (أحد الأبوين)

يرغب في المشاركة المتبادلة، حتى وإن كان الطفل في تلك اللحظة بحاجة إلى استراحة من تفاعلهما المكثف.

كتب عالم النفس والمنظِّر والباحث آلان شور يقول: «تُظهر التجارب على الرئيسيات أن الرضع يمكن أن يمروا باستجابات انفصال عنيفة على الرغم من أن أمهاتهم متاحات بصريًّا، وإن لم يكن متاحات نفسيًّا. *أظن أن الانفصال عن قرب هو ظاهرة شائعة وقوية في التطور المبكر للشخصية*».

في *الانفصال عن قرب* يكون الأبوان حاضرين بجسدهما ولكن غائبين بعواطفهما. لقد أصبحت هذه النوعية من التفاعلات بين الأبوين والطفل القاعدة في مجتمعنا القائم على الضغط النفسي. تقترب مستويات الضغط الفسيولوجي الذي يعانيه الطفل إثر الانفصال عن قرب من المستويات التي يعانيها إثر الانفصال الجسدي. ويترك الانفصال عن قرب في الطفل الصغير أثرًا على المستوى الفسيولوجي اللاواعي لا على مستوى التفكير والشعور الواعي. لن يتذكره البالغ لاحقًا حينما يعود بذهنه لتجربة الطفولة، لكن بيولوجيا الفقد تضرب بجذورها عميقًا.

تصبح تجارب الانفصال عن قرب جزءًا من البرمجة النفسية للمرء: من المرجح أن ينتقي الأفراد الذين «دُرِّبوا» بهذه الطريقة في الطفولة علاقات في الكبر تُعيد تنشيط ديناميكيات الانفصال عن قرب مرارًا. قد يختارون على سبيل المثال شركاءً لا يفهمونهم أو يقبلونهم أو يقدِّرونهم كما هم. وهكذا تظل الضغوط الفسيولوجية الناتجة عن الانفصال عن قرب عاملة في حياة المرء وهو بالغ، ومرة أخرى يحدث ذلك دون إدراك واعٍ منه في الغالب.



16

رقصة الأجيال

بالنظر إلى المعلومات الواردة في الفصول السابقة، قد يبدو الأمر كما لو أن اللوم يقع على الأبوين في التطور اللاحق للمرض في نسلهما. يتعارض مثل هذا الاستنتاج تمامًا مع ما أقصده ولا يتوافق إطلاقًا مع الأدلة العلمية. لا تجسد أساليب التربية درجات أكبر أو أقل من الحب في قلب الأم والأب، إذ ثمة عوامل عادية أخرى تلعب دورًا. إن محبة الوالدين لا حدود لها، وذلك لسبب عملي للغاية: وهو أن الرعاية الإيثارية للصغار متأصلة في جهاز التعلُّق الموجود في أدمغة الثدييات.

إذا كانت *مشاعر* الحب لدى أحد الأبوين متقلِّصة، فذلك لأنه قد عانى هو نفسه جرحًا عميقًا. في عملي مع مدمني المخدرات في الجانب الشرقي من وسط مدينة فانكوفر، عالجتُ العديد من الرجال والنساء من مدمني المخدرات. وعلى الرغم من تحجرهم –مع سجلاتهم الإجرامية وسعيهم الدؤوب وراء المخدرات وإصابتهم بفيروس نقص المناعة البشرية وحياتهم المرهقة والمهمشة اجتماعيًا– فإن الألم الأعمق الذي يعانونه جميعًا يتعلق بالأطفال الذين هجروهم أو الذين أُخذوا منهم. وقد تعرضوا هم أنفسهم، بلا استثناء، لسوء المعاملة أو الهجر في مرحلة الطفولة.

عندما تفشل التربية في منح الطفل القبول غير المشروط، فذلك بسبب حقيقة أن الطفل يتلقى حب الأبوين ليس بالطريقة التي يتمناها الأبوان، وإنما بالطريقة التي تنعكس من خلال شخصياتهما. إذا كانت الأم تعاني ضغطًا نفسيًّا أو قلقًا عالقًا أو انفعالًا ناتجًا عن احتياجات عاطفية غير ملباة، فسوف يجد الطفل على الأرجح نفسه في حالة من *الهجر عن قُرب* بغض النظر عن نيات الأم.

العديد من توجهاتنا واستجاباتنا التربوية لها علاقة بتجاربنا نحن كأطفال، شئنا ذلك أم أبينا. وتتضح هذه الأنماط التربوية التي تعكس ما بُرمِج عليه الأبوان في الطفولة من مراقبة الحيوانات ومن الدراسات النفسية المتطورة للبشر.

تُعد قرود الريص أحد الأنواع المفضلة لدى الباحثين النفسيين لصغر حجمها النسبي وسهولة رعايتها. وقد وُجد أن 20 بالمئة من قطيع هذه القرود أشبه بـ «مفاعلات عالية الحرارة»، حيث يكونون أكثر عُرضة من البقية لإظهار سلوكيات اكتئابية عند الانفصال عن الأم، فضلًا عن تنشيط أكبر وأطول أمدًا للمحور الوطائي النخامي الكظري، وإثارة مبالغ فيها للجهاز العصبي السمبثاوي، وقمع أعمق لنشاط المناعة. أما في البشر، فيمكننا وصف الأشخاص من هذا النوع بأنهم شديدو الحساسية ومتقلبو المزاج. ومثل نظائرهم من البشر، تميل هذه القرود إلى الهبوط إلى قاع التسلسل الهرمي الاجتماعي. ويشابههم نسلهم في السلوك والتحسس والوضع الاجتماعي.

وكشفت البحوث أن «المصير المحتوم للحيوان المتحسس أمكَن وقفه بتغيير البيئة». وانتقلت التغييرات الإيجابية إلى الأجيال المستقبلية: «فعندما تربَّت هذه الحيوانات مع أمهات قادرات على منح عناية خاصة، لم يظهروا أي علامة على الاضطراب السلوكي المعتاد. بدلًا من ذلك أظهروا علامات على تطور سلوكي مبكر وارتقوا إلى قمة التسلسل الهرمي عند البلوغ. أما الإناث فقد تبنين أسلوب الأمومة النموذجي لأمهاتهن القادرات على منح العناية الخاصة».

ولا تدور هذه الدراسات حول سلوكيات مكتسبة، بالمعنى الضيق للكلمة. إن أوجه التشابه بين الأبوين والطفل في نهج التربية لا يعكس في الغالب

التعلم المعرفي، لا في الحيوانات ولا في الإنسان. إن انتقال أسلوب التربية عبر الأجيال هو في الغالب مسألة تطور فسيولوجي، عن كيف تُبرمج الدوائر الحوفية للمخ في مرحلة الطفولة وكيف تتأسس الروابط داخل نظام **PNI** الفائق. فكما ناقشنا في الفصل السابق، يتطور المخ العاطفي للطفل تحت تأثير المخ العاطفي للوالدين. لا يتعلم الطفل أساليب تربية أمه وأبيه عن طريق التقليد، وإن حدث ذلك فإنما يحدث في أضيق الحدود. أما التأثير الأكبر على أسلوب تربية الطفل في المستقبل فيرجع إلى تطور دوائره العاطفية والتعلُّقية في سياق علاقته بأبويه. والشيء نفسه ينطبق على تطور جهاز استجابة الضغط النفسي لدى الطفل.

ثمة تجربة مثيرة أُجريت على الحيوانات توضِّح هذه الفكرة. تنتمي المهدئات مثل الفاليوم والأتيفان إلى فئة من العقاقير تسمى البنزوديازيبينات. وشأنها شأن جميع المواد الدوائية التي تؤثر في وظائف المخ، فإن هذه المهدئات تعمل بسبب وجود مستقبِلات في مناطق معينة بالمخ صُممت لتلقِّي مهدئات طبيعية مماثلة تُصنَّع داخل المخ نفسه. اللوزة المخية، وهي بنية على شكل حبة لوز في الفص الصدغي بالمخ، هي إحدى المنظِّمات الرئيسة لاستجابة الخوف والقلق. وهي مزودة بمستقبلات البنزوديازيبين الطبيعية التي تهدِّئ عند تنشيطها ردود أفعالنا المذعورة. وقد وُجد أن *اللوزة تحتوي على قدر أكبر من مستقبلات البنزوديازيبين في الفئران البالغة التي لعقتها أمهاتها ونظفتها*، مقارنة بالفئران البالغة التي تلقت رعاية أقل. لقد أثَّرت رعاية الأم في مرحلة الطفولة على فسيولوجيا تنظيم القلق في مخ البالغ. ولم تفسِّر العوامل الوراثية هذه الاختلافات.

على الرغم من أن التطور النفسي في الإنسان أكثر تعقيدًا منه في الحيوانات، فإن انتقال السلوك التربوي والضغط النفسي بين الأجيال يظل القاعدة العامة. إنه مشابه لتطور استجابة الضغط النفسي لدى الطفل. كما كتبت مجموعة من الباحثين الكنديين: «تعمل رعاية الأم خلال مرحلة الطفولة على «برمجة» الاستجابات السلوكية للضغط النفسي في النسل عن طريق تغيير تطور *الأنظمة العصبية التي تُهدِّئ الخوف*». باختصار، من المرجح

أن تنجب الأمهات المصابات بالقلق المرضي نسلًا مصابًا بقلق مرضي عبر الأجيال.

وضع الباحثون درجات لتقييم جودة الترابط بين الأبوين والطفل. قيست درجات الترابط الأمومي عبر ثلاثة أجيال: بين الأمهات البالغات وأمهاتهن، وبين الأمهات البالغات نفسهن وبناتهن. كانت مقاييس الترابط بين الأمهات والبنات ثابتة عبر الأجيال.

وقد وُجدت اضطرابات في المحور الوطائي النخامي الكظري وفي إنتاج الكورتيزول في أبناء الناجين من الهولوكوست، والذين يعانون اضطراب ما بعد الصدمة (**PTSD**). كلما كان اضطراب ما بعد الصدمة لدى الوالدين أكثر حدة، ازداد الخلل في آليات الكورتيزول لدى أطفالهم.

ابتكرت ماري أينسوورث، وهي زميلة سابقة لجون بولبي وأستاذة علم النفس التنموي في جامعة فيرجينيا بشارلوتسفيل، ابتكرت طريقة لتقييم أنماط التعلُّق بين الوالدين والطفل وجودته. راقب الباحثون التفاعلات الجارية بين الأم والرضيع في المنزل خلال السنة الأولى من عمر الطفل وسجلوا انطباعاتهم. ثم أُحضر كل من الرضيع والأم إلى المختبر خلال هذه السنة لتجربة قصيرة سُميت بـ «الوضع الغريب». «في أوقات مختلفة من العملية التي استغرقت عشرين دقيقة، وُضع الرضيع مع الأم، ومع الأم وشخص غريب، ومع الغريب فقط، ووحيدًا لمدة تصل إلى ثلاث دقائق. الفكرة كانت (ولا تزال) أن فصل طفل لا يتجاوز عمره العام الواحد عن الشخصية المتعلِّق بها في بيئة غريبة لا بد أن ينشِّط نظام التعلُّق لدى الرضيع. ومن ثم يمكن للمرء حينئذ دراسة استجابات الرضيع عند الانفصال وعند لم الشمل. وقد نتج عن مرحلة لم الشمل التقييمات الأكثر نفعًا في هذه التجربة».

اتضح أن استجابة الطفل للأم العائدة كانت مبرمَجة وفقًا لطريقة تعامل الأم معه خلال السنة الأولى من حياته. فالأطفال الذين تلقوا اهتمامًا متناغمًا من أمهاتهم في المنزل أظهروا علامات افتقاد أمهاتهم عند الانفصال، ورحبوا بأمهاتهم العائدات من خلال بدء الاتصال الجسدي، هدؤوا بسهولة وعادوا بسرعة إلى لعبهم العفوي. وسُمي هذا بالنمط الآمن. كان هناك أيضًا عدد من الأنماط غير الآمنة، أُطلق عليها أسماء عدة من بينها الاجتنابي أو المتردد

أو المشوش. لم يعبِّر الأطفال الاجتنابيون عن حزنهم عند الانفصال عن الأم وتجنبوا أو تجاهلوا الأم عند لم الشمل. لم يشر هذا السلوك، كما لاحظنا، إلى اعتماد صادق على الذات ولكن إلى الاستقلالية الزائفة، كما في مرضى الروماتويد على سبيل المثال: اعتقادهم بأن عليهم الاعتماد على أنفسهم ولا أحد سوى أنفسهم، إذ لم تُجدِ نفعًا محاولات طلبهم المساعدة من آبائهم. ومع ذلك، تعرَّض هؤلاء الرُّضع الاجتنابيون إلى الضغط الفسيولوجي عند عودة الأم، كما قيس من خلال تغيرات معدل ضربات القلب. لقد شهد الأطفال المندرجون في الفئات غير الآمنة تربية غير متناغمة في المنزل. لقد تلقوا رسائل ضمنية تشير إلى الغياب العاطفي للأم، أو رسائل متناقضة تشير حينًا إلى التواصل وحينًا إلى الابتعاد.

كان الرضع في عامهم الأول بالفعل يظهِرون استجابات للعلاقات من شأنها أن تحدد سمات شخصياتهم وسلوكياتهم في المستقبل. تكررت تجربة «الوضع الغريب» مئات المرات في العديد من البلاد. وتُعد الملاحظات التي أُخذت في العام الأول من حياة الطفل مؤشرات دقيقة متقدمة لسلوكه في مرحلة المراهقة، بما في ذلك من سمات مثل النضج العاطفي والعلاقات مع الأقران والأداء الأكاديمي. الأطفال الذين اندرجوا ضمن فئة التعلق الآمن وهم رُضع أحرزوا نتائج أفضل في جميع هذه القياسات من الأطفال في فئات التعلق غير الآمن.

ومع ذلك، كما يوضح دانيال سيجل في كتابه «العقل النامي»، فإن الاكتشاف الأهم فيما يتعلق بانتقال طريقة التربية عبر الأجيال هو أن *أداء الرضيع في تجربة «الوضع الغريب» يمكن التنبؤ به بدقة قبل حتى أن يولَد الطفل.*

الأستاذة ماري مين من جامعة كاليفورنيا في بيركلي، وإحدى تلاميذ د. أينسوورث، طورت وسيلة دقيقة لتقييم أنماط التعلُّق بالأبوين في الطفولة لدى الشخص البالغ. ولا ينظر أسلوبها في المقام الأول إلى ما قاله الشخص ردًّا على الأسئلة ولكن إلى الطريقة التي أجاب بها. ذلك أن أنماط الحديث لدى الناس والكلمات الأساسية التي «يُصادف» أن يستخدموها تعد أوصافًا لطفولتهم، ولها مغزى أكثر مما يظنون أنهم يبوحون به عن وعي. لا يعكس

المعنى المقصود للكلمات سوى المعتقدات الواعية للمتحدث، والتي غالبًا ما تُستبعد منها الذكريات المؤلمة. بيد أن القصة الحقيقية تُروى من خلال *أنماط* السرد، هل هي طليقة أم متعثرة، مفصلة أم تتسم بشح الكلمات، متسقة أم متناقضة، وهي التي تكشف -إلى جانب الزلات الفرويدية[1]- عن الكلمات التي لم تُقَل وعن عدم الاتساق الظاهر.

أُطلِق على الاختبار الذي وضعته ماري مين اسم «مقابلة تقييم التعلُّق لدى البالغين (AAI)». وتمامًا مثلما قيست ردود أفعال الأطفال في «الوضع الغريب»، أمكَن تصنيف روايات البالغين أيضًا وفق سطور تعكس درجات الأمان التي اختبروها في تفاعلاتهم المبكرة مع والديهم.

وقد اتضح أن «مقابلة تقييم التعلق لدى البالغين هي المؤشر الأقوى على الكيفية التي يصبح بها الرضع متعلقين بأبويهم». بكلمات أخرى، ما يكشفه البالغ بلا وعي عن طفولته في أثناء مقابلة التعلق يتنبأ بأنماط التعلُّق التي سيتبعها مع أطفاله. ومن ثم فإن مقابلات تقييم التعلق التي أُجريت مع الآباء قبل ولادة أطفالهم كانت قادرة على التكهن بطريقة تصرف الرضيع بدقة في «الوضع الغريب» في العام الأول من العمر. وعلاوة على ذلك، عندما توبع هؤلاء الأطفال لعقدين تاليين من الزمن، وُجد أن أداءهم في «الوضع الغريب» تنبأ بدقة بأنماط الحديث لديهم في مقابلة تقييم التعلُّق لدى البالغين.

وعليه فإن الرواية التي يقصها البالغ عن طفولته في مقابلة تقييم التعلق لدى البالغين ستتنبأ في الغالب بالطريقة التي سوف يرعى بها طفله في المستقبل، ومن ثم كيف سيستجيب طفله في عامه الأول لـ «الوضع الغريب». وسلوك الطفل في «الوضع الغريب» سيتكهن بنوع السرد الذي سيلتزم به بدوره في أثناء حديثه عن طفولته بعد عشرين عامًا!

إن التربية باختصار هي رقصة الأجيال. أيما أثَّر في أحد الأجيال ولم يُحسم أمره بالكامل سوف ينتقل إلى الجيل التالي. عبَّر لانس مورو، الصحفي والكاتب، بإيجاز عن الطبيعة متعددة الأجيال للضغط النفسي في كتابه «القلب»، وهو سرد جميل وموجِع لمواجهاته مع الموت، التي فرضتها عليه

---

(1) الزلة الفرويدية هو مصطلح يشير إلى النظرية النفسية القائلة بأن زلات اللسان تكشف عن غير قصد عن فكرة أو موقف غير واعٍ لصاحبها. (المترجمة).

أمراض قلب كادت تودي بحياته: «الأجيال صناديق داخل صناديق: داخل عنف أمي تجد صندوقًا آخر، يحتوي على عنف جدي، وداخل هذا الصندوق (أظن لكني لست متأكدًا)، ستجد صندوقًا آخر به شيء من الطاقة السوداء الخفية المماثلة. قصص داخل قصص تنحسر بمرور الزمن».

ويصبح اللوم فكرة عبثية إذا فهم المرء كيف يمتد تاريخ أسرته إلى أجيال خلت. كتب جون بولبي، الطبيب النفسي البريطاني الذي ألقت بحوثه ضوءًا علميًّا على الأهمية الكبرى للتعلق في مرحلتَي الرضاعة والطفولة: «لن تلبث هذه المعرفة أن تبدد أي رغبة في اعتبار الأب شريرًا». فمن نتهم؟

إذا أدركنا أن الضغط النفسي ينتقل عبر الأجيال، سنفهم بصورة أفضل لماذا تتحدث العديد من القصص التي التقيناها في هذ الكتاب عن عائلات بها أجيال من المرضى، أو عن العديد من أفراد الجيل نفسه مصابين بأمراض متباينة على نطاق واسع وغير ذات صلة في الظاهر.

بعض الأمثلة العشوائية:

- **ناتالي:** التصلب المتعدد. كان شقيقها الأكبر مدمنًا للكحول ومات بسرطان الحلق. وأختها الصغرى مصابة بالفصام. وأعمامها وعماتها مدمنون للكحول. وكان جدها لأمها مدمنًا للكحول. وتوفي زوجها بيل بسبب سرطان الأمعاء. ويعاني ابنها اضطراب نقص الانتباه (فرط الحركة) ويكافح مع إدمانه المخدرات.
- **فيرونيك:** التصلب المتعدد. تعتقد أن الحمل بها كان عن طريق اغتصاب المحارم. كان جدها لأمها، في عائلتها بالتبني، مدمنًا للكحول وكانت جدتها لأمها مصابة بمرض ألزهايمر في الستين من عمرها. ومن بين مشكلات طبية أخرى، كان أبوها يعاني ارتفاع ضغط الدم المبكر.
- **سو رودريجيز:** التصلب الجانبي الضموري. توفي والدها بسبب مرض الكبد الكحولي، وماتت إحدى

عماتها بسبب تمدد الأوعية الدموية في المخ، وماتت أخرى في حريق منزلي.

- **آنا:** سرطان الثدي. ماتت كل من أمها وجدتها لأمها بسرطان الثدي، ولكن ليس من خلال الانتقال الوراثي. فقد ورثت آنا جين سرطان الثدي من جانب والدها. لديها أختان: إحداهما تعيش مع مدمن للكحول والأخرى مريضة نفسيًا.
- **جابرييل:** تصلب الجلد مع سمات التهاب المفاصل الروماتويدي. كان والداها مدمنَين للكحول. خضع شقيقها لعملية استئصال القولون بسبب سرطان الأمعاء، وشُخصت شقيقتها مؤخرًا بسرطان الثدي.
- **جاكلين دو بري:** التصلب المتعدد. أصيبت جدتها بصدمة نفسية بعد وفاة أطفال آخرين لها في الوقت الذي ولدت فيه والدتها. توفيت والدة جاكلين مصابة بالسرطان، وأصيب والدها بمرض باركنسون.
- **رونالد ريجان:** سرطان القولون، مرض ألزهايمر. كان والده وأخوه مدمنين للكحول، وأصيبت زوجته الثانية بسرطان الثدي. ماتت ابنته بسرطان الجلد النقيلي الخبيث.

لعل القارئ يتذكر الرسالة الغاضبة من الفصل الأول من طبيبة الروماتيزم ردًّا على مقالي عن ماري. كنت اقترحتُ أن تجارب ماري في الطفولة من سوء المعاملة والهجر قد خلقت نمط تكيف يتمثل في قمعها مشاعرها وأن تصلب الجلد الذي تعانيه كان، في جزء منه، نتيجة لهذا التاريخ. أشارت الطبيبة إلى أن تصلب الجلد مرض وراثي، وأن حججي «ليست ذات مصداقية».

كتبت تقول: «هذا العمود له تأثير مضلِّل على عامة الناس ويلقي المسؤولية ظلمًا في تصلب الجلد على ضحايا هذا المرض وعائلاتهم».

يمكننا الآن أن نرى أن «إلقاء المسؤولية» -الذي عنت به اختصاصية أمراض الروماتيزم إلقاء اللوم- ليس هو القضية. إن القضية الأساسية هي النقل غير المقصود للضغط النفسي والقلق عبر الأجيال.

***

ماتت مريضة أخرى لي، تدعى كاتلين، بمرض تصلب الجلد. كان تطور مرضها أسرع كثيرًا من ماري، إذ توفيت بعد أقل من عام من تشخيصها. لم أتعرف على كاتلين من كثب إلا في الأشهر الأخيرة من حياتها. وعلى الرغم من أنني ولَّدتُها وكنت طبيب أطفالها، ظلت تذهب إلى طبيبة أنثى لمتابعة مشكلاتها الصحية حتى شُخص مرضها بتصلب الجلد.

كانت كاتلين ذات روح طيبة ولطيفة تهتم بالجميع فيما عدا نفسها، مثل ماري. عندما كانت تُسأل عن حالها، كان يأتي جوابها دائمًا مصحوبًا بابتسامة دافئة خجولة تعمل على حماية مستمعها من الألم الجسدي والعاطفي الذي تعانيه. كانت تحوِّل دفة المحادثة سريعًا إلى أي مسألة يهتم بها الطرف الآخر، بعيدًا عن مشكلاتها الشخصية.

لن أنسى آخر محادثة لي مع كاتلين، بجانب سريرها في المستشفى. كانت رئتاها وقلبها بالكاد تعمل، وكانت هي على بعد أقل من أربع وعشرين ساعة من وفاتها. سألتها عن شعورها. فحوَّلت انتباهها على الفور إليَّ، وسألتني عما كان يحدث في حياتي. أجبت بشيء من خيبة الأمل أن العمود الطبي الأسبوعي الذي كنت أكتبه لجريدة محلية قد ألغاه المحررون صباح ذلك اليوم.

همستْ قائلة وقد ارتسم الحزن على وجهها بتعاطف: «أوه، يا له من أمر مروع بالنسبة إليك! إنك تحب الكتابة كثيرًا».

على عتبة الموت بسبب مرض عضال في عمر الثانية والأربعين، تاركة أربعة أطفال وزوجًا، لم تتفوه بكلمة واحدة عن الشعور المروع الذي لا بد أنها هي نفسها تشعر به.

أخبرني زوجها راندي في مقابلة أجريتُها معه مؤخرًا: «كان جزءًا متأصلًا في طبيعتها أن تكون مرحة ومرحِّبة دائمًا، بغض النظر عما إذا كانت مريضة أو بصحة جيدة».

وفقًا لما قاله راندي كانت كاتلين «تكبت الكثير من العواطف» لا سيما عندما تكون مستاءة. كان لديها موضوعان نادرًا ما تتحدث عنهما: مرضها العضال وطفولتها. «وفي المرات النادرة التي ذكرت فيها طفولتها، اكتفت بالحديث عن الأوقات القليلة السعيدة التي مرت بها».

من وجهة نظر راندي، كانت كل الدلائل تشير إلى أن الأوقات السعيدة في طفولة زوجته كانت قليلة ومتباعدة. كان أبوها رجل أعمال ناجحًا ورئيسًا قاسيًا ومستبدًّا، كانت كلمته هي القانون. «بدا لي أنها تشعر بأن إنجابها كان مصدر إزعاج كبير لوالديها. وأنها جاءت في وقت أبكر مما ينبغي وأنهما لم يرغبا فيها حقًّا».

ضرب هذا وترًا حساسًا لدي. كانت كاتلين من أشد المدافعين عن مناهضة الإجهاض ولكنها لم تكن من النوع العدائي أو الساخط. كانت تعرف أنني أؤيد حق المرأة في تقرير ما إذا كانت ستواصل حملها أو ستجهضه. ونظرًا إلى أننا كنا نتمتع باحترام متبادل، فقد كتبت لي ذات مرة تحثني على التوقف عن إحالة المرضى إلى عيادات الإجهاض. قالت لي في تلك الرسالة: «لو كان الإجهاض قانونيًّا في الوقت الذي كنتُ فيه جنينًا، لتعرضتُ للإجهاض». كان لديها، كما قال راندي، شعور عميق بأنها غير مرغوبة.

في أواخر مرض كاتلين، وفقًا لرواية راندي، وقع حادث جعل دموعه تنهمر. «كنا جالسين هنا في المطبخ مع كل تلك الحبوب التي يُفترض بها تناوُلها. شعرت بالتعاسة. أجهشت بالبكاء فجأة. وقالت: «أوه، ليت لي أمًّا». وكانت أمها تعيش على بعد بضعة مبانٍ فحسب. لم تكونا مقربتين عاطفيًا بما يكفي لأن تحضر أمها وتواسيها وتساعدها أو تحوِّطها بذراعيها. كانت لدينا مدبرة منزل في ذلك الوقت. كانت هناك تنظف الثلاجة. وشعرتْ بتأثر شديد لدرجة أنها جاءت واحتضنت كاتلين. جال بخاطري كم من العار أن تتعاطف معها هذه المرأة التي بالكاد تعرفها، أكثر من أمها».

«لكني لا أريد أن ألوم الأبوين أيضًا. عندما تنظر إلى تاريخ عائلتها.. حسنًا، هجر والد أمها عائلته عندما كانت فتاة صغيرة. لم تحظَ بأب، وكان على أمها (جدة كاتلين) أن تكافح بمفردها تمامًا».

تأكدَت وجهة نظر راندي عن عائلة كاتلين في مقابلة لاحقة أجريتُها مع شقيقها الذي قال: «لم يكن لدينا الكثير من الدعم العاطفي والحب في العائلة. كان والدنا لئيمًا معنا، وكانت أمنا خائفة. أمي امرأة لطيفة للغاية –امرأة عظيمة– لكنها لا تتعامل مع المشكلات أبدًا».

وقال: «كان والدي مجرد رجل متسلط. لم يكن عمرنا يتعدى خمس أو ست سنوات على ما أذكر عندما كان يرسلنا إلى القبو في كل يوم سبت لننظف. لم يكن مسموحًا لنا بالصعود حتى ننتهي. وبينما نحن في القبو، كان علينا أن نلمع أحذية أبي العسكرية. كان لا بد أن تبرق».

قال شقيق كاتلين إنها كانت: «روحًا جد رقيقة» لكن بالنسبة إلى أبيها: «كانت مجرد غبية. وحقيقة أنها ذهبت إلى الجامعة كانت تزعجه. لم يحترم أي شيء فعلتْه. كانت قد انضمت إلى رابطة لا ليتشه (رابطة مناصرة للرضاعة الطبيعية). سخر والدي من ذلك قائلًا: «إلى متى ستستمر في إرضاع أطفالها؟ إلى أن يصبحوا مراهقين؟»».

بعد تحمل سنوات من الشعور بالخضوع، حتى وهو بالغ، قطع هذا الأخ أخيرًا علاقته بوالده ورفض التحدث معه.

قال: «كانت كاتلين قلقة للغاية لأنني أخرجت نفسي من العائلة. لم تستطع أن تفهم لماذا فعلتُ ذلك. حاولتُ أن أخبرها أن هذا أفضل شيء بالنسبة إليَّ، وأنني صرت شخصًا أفضل بسبب ذلك. لم تفهم الأمر».

بكى شقيق كاتلين أيضًا وهو يروي حادثة مماثلة لتلك التي رواها راندي: «قالت كاتلين لزوجتي وهي على فراش الموت، في اليوم الذي سبق وفاتها –كم هي قاسية تلك الذكرى– كانت زوجتي جالسة بجوارها وممسكة بيدها، وقالت كاتلين: «أتمنى لو كان لدي أم مثلك. ليست لدي أم». أحسبها كانت تقصد فكرة وجود أم، لكن أمي لم تكن أمًّا صالحة. لم تكن مُحِبة».

كشف الأخ أيضًا عن تفاصيل في تاريخ العائلة، والتي أثبتت مرة أخرى طبيعة المعاناة متعددة الأجيال. كانت صدمة لكاتلين وشقيقها أن يعرفا

حقيقة ما حدث مع جدهما. أخبرهما العم الذي حضر جنازة جدة كاتلين أن الجد لم يمت عندما كانت أم كاتلين طفلة صغيرة، حسب قصة العائلة، لكنه هجر زوجته ثم طلقها لاحقًا.

طوال حياتهما قيل لكاتلين وشقيقها إن جدهما توفي فجأة.

«عندما سألنا أمي عما حدث لأبيها، كانت تقول دائمًا: «لقد مات عندما كنت في السابعة من عمري بسبب نوبة قلبية». وأعطتنا جدتي الإجابة نفسها. كنا مستائين بشدة لأن تلك المرأة كانت جدتنا التي أحببناها واعتبرناها قدوة. معرفة الحقيقة كانت لتعني الكثير لنا ولعلاقتنا بها. ولكن هكذا كان الحال دائمًا. في عائلتنا لا نتحدث عن القضايا الشائكة، وإنما نخفيها».

إن أكاذيب كهذه، مهما كان القصد منها بريئًا، لا تحمي الطفل أبدًا من الألم. في داخلنا شيء يعلم حين نتعرض للكذب، حتى وإن لم يصل هذا الإدراك قط إلى الوعي. أن يكذب عليك أحدهم يعني أنه استبعدك. إنه يولِّد قلقًا من الإقصاء والرفض. وفي حالة كاتلين يُحتمل أنه قد عزز فحسب انطباعها بأنها غير مرغوبة، الانطباع الذي نبع من قسوة والدها والغياب العاطفي لوالدتها.

قبل أقل من عام من ظهور تصلب الجلد، عانت كاتلين رفضًا كبيرًا على يد عائلتها، مرتبطًا باستبعادها من أعمال العائلة.

يقول شقيقها: «لم تكن أختي في الحسبان قط. ولم يبدُ الأمر غير طبيعي حينئذ».

شعرت كاتلين بجرح عميق من الرفض المتصور. لم تُطلِع أي أحد على الأمر، باستثناء شقيقها قبل وفاتها بفترة قصيرة. وواصلت تأكيدها على أنه، أي الأخ، يجب أن يعود إلى الأسرة. «لقد شعرت أن مهمتها وواجبها أن تعيد الأمور إلى نصابها الصحيح. هذا هو الشيء الوحيد الذي تفعله كاتلين، محاولة تحسين الأمور».

أُسند لكاتلين دور معين في النظام الأسري، وهو الدور الذي أورثته لها أجيال من تاريخ العائلة. حُرمت والدتها من الأبوة والأمومة في سن مبكرة، بفرض أن بوسعنا أن نخمن أن مشكلات الأسرة لم تبدأ منذ اللحظة التي تخلى فيها الجد عن زوجته وأطفاله. ويسعنا أن نتيقن بالقدر ذاته من أن

الأبوة القاسية لوالد كاتلين كانت وليدة طفولته المضطربة. لقد أدى مزيج من الاحتياجات العاطفية العديدة غير الملباة لوالديها إلى يأس كاتلين من جعل نفسها محبوبة وأعدَّها لدور الراعية الطيبة الرقيقة عديمة الشكوى، والتي لا تغضب أبدًا ولا تدافع عن نفسها أبدًا. هكذا تصبح استجابات الطفل التأقلمية لمطالب الأبوين المتصورة سمات شخصية إذا تكررت كثيرًا بما فيه الكفاية.

تبنت كاتلين دورها الذي كُلفت به بنجاح، ولكن على حساب صحتها. كان الثمن هو حياة كاملة من الضغط النفسي. انتهى دورها وحياتها بمرض مناعة ذاتية فتك بها سريعًا خلال عام واحد من واقعة رفض عميق لم تعُد تحوز القوة اللازمة للتعامل معها.

طور هانز سيلي، مؤسس بحوث الضغط النفسي، مفهوم *طاقة التأقلم*. «يبدو الأمر كما لو أن لدينا مخزونًا خفيًّا من القدرة على التأقلم أو طاقة التأقلم في جميع أنحاء الجسم... فقط عندما تستهلك كل قدرتنا على التأقلم، سيتبع ذلك استنزاف عام لا رجعة فيه وموت». الشيخوخة، بالطبع هي العملية الطبيعية التي يُستنفَد من خلالها مخزون طاقة التأقلم. لكن الضغط الفسيولوجي يسبِّب الشيخوخة أيضًا، يسَلِّم الناس بهذا لغويًّا عندما يتكلمون عن حدوث «الشيخوخة بين عشية وضحاها». طوال الحياة، صُرفت الكثير من طاقة التأقلم لدى كاتلين بعيدًا من الرعاية الذاتية تجاه رعاية الآخرين. حددت ديناميكيات الأسرة وظيفتها خلال طفولتها. بحلول الوقت الذي أصابها فيه المرض، كانت طاقتها قد نفدت.

***

يُعتبر مفهوم *التأقلمية* أمرًا محوريًّا في أي فهم للضغط النفسي والصحة والمرض. التأقلمية هي القدرة على الاستجابة للضغوط الخارجية بمرونة وإبداع وبلا تشدد أو قلق مفرط أو طغيان عاطفي. قد يبدو الأشخاص غير المتأقلمين بخير ما دام لا يزعجهم شيء، لكنهم سيتصرفون بمستويات مختلفة من الإحباط والعجز عند مواجهة الفقد أو المصاعب. سوف يلومون أنفسهم أو يلومون الآخرين. تعتمد تأقلمية الشخص إلى حد كبير على درجة التمايز والتأقلمية التي تمتعت بها الأجيال السابقة في عائلته وأيضًا على

الضغوط الخارجية التي قد تكون أثرت في الأسرة. كان الكساد الكبير، على سبيل المثال، وقتًا عصيبًا لملايين الأشخاص. وقد مكَّن التاريخ متعدد الأجيال لعائلات معينة بعض الأسر من التكيف والتأقلم، في حين تعرَّضت أسر أخرى، واجهت الندرة الاقتصادية نفسها، للدمار النفسي.

كتب د. مايكل كير: «العائلات والأشخاص الذين يتمتعون بقدرة عالية على التأقلم يعانون في المتوسط عددًا أقل من الأمراض الجسدية، وتميل الأمراض التي تصيبهم إلى أن تكون خفيفة إلى معتدلة في شدتها».

نظرًا إلى أن أحد المتغيرات المهمة في تطور المرض الجسدي هو درجة التأقلمية لدى الفرد، وبما أن درجة التأقلمية تتحدد من خلال العملية العاطفية متعددة الأجيال، *فإن المرض الجسدي*، مثله كمثل *المرض العاطفي*، هو *أحد أعراض عملية العلاقة التي تتجاوز* حدود *الفرد «المريض»*. بعبارة أخرى، المرض الجسدي هو اضطراب في النظام العاطفي للأسرة (الذي يشمل الأجيال الحالية والماضية.

الأطفال الذين يصبحون رعاة لآبائهم يتجهزون لحياة كاملة من الكبت. وهذه الأدوار التي يُكلَّف بها الأطفال لها علاقة باحتياجات الطفولة التي لم تلبَّ لدى الأبوين، وهكذا على مر الأجيال. أشار باحثون في جامعة ماكجيل إلى أنه: «لا يستلزم الأمر ضرب الأطفال ليصبحوا في خطر». إن التعايش غير السليم بين الأبوين والطفل هو مصدر أغلب الأمراض.

تؤدي استجابات الطفل التأقلمية المعتادة لنظام الأسرة إلى ظهور السمات التي تقترن مع مرور الوقت بـ «شخصيته». لقد ذكرنا أن الشخصية لا تسبب المرض، الضغط النفسي هو ما يسببه. فلئن كنا نتحدث عن شخصية معرَّضة للمرض، فذلك لا يعني إلا أن سمات معينة –لا سيما قمع الغضب– تزيد من مقدار الضغط النفسي في حياة الفرد. وهنا نرى أن مفاهيم مثل «الشخصية الروماتيزمية» أو «الشخصية السرطانية» مضللة لسببٍ آخر: إنها تفترض أن الفرد هو كيان منفصل، ولا تعترف بأنه موجود ويتشكل في نظام عائلي متعدد الأجيال. كما يقترح د. كير، حريٌّ بنا أن نفكر مثلًا في *الوضع السرطاني* بدلًا من الشخصية السرطانية. «وعلى الرغم من أن

مفهوم الشخصية السرطانية يحمل شيئًا من الصحة، فهو قائم على نظريات الفردانية في أسلوب الحياة البشرية. أما مفهوم الوضع السرطاني فيعتمد على نظرية الأنظمة في أسلوب الحياة البشرية. في النظام الأسري ينتظم الأسلوب الذي يحيا به كل إنسان ويتأثر بالطريقة التي يحيا بها الآخر».

وإذا كان الأفراد جزءًا من نظام أسري متعدد الأجيال، فإن العائلات والأفراد هم أيضًا أجزاء من كل أكبر بكثير: الثقافة والمجتمع الذي يعيشون فيه. لا يمكن عزل الأسلوب الذي يحيا به البشر عن الإطار الاجتماعي الأكبر أكثر مما يمكن عزل نحلة عن الخلية. ومن ثم لا يكفي التوقف عند نظام الأسرة وكأنه المحدِّد لصحة أفرادها بغض النظر عن القوى الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي تحرِّك الحياة الأسرية.

السرطان وأمراض المناعة الذاتية بمختلف أنواعها تُعتبر إلى حد كبير أمراض حضارة. في حين أن المجتمع الصناعي المنظَّم وفق النموذج الرأسمالي قد حل العديد من المشكلات للعديد من أعضائه –مثل الإسكان والإمداد الغذائي والصرف الصحي– فقد خلق أيضًا ضغوطًا جديدة متعددة حتى لمن لا يحتاجون إلى الكفاح من أجل أساسيات الوجود. لقد انتهينا إلى اعتبار هذه الضغوط أمرًا مفروغًا منه كعواقب حتمية للحياة البشرية، كما لو أن الحياة البشرية موجودة في شكل مجرد منفصل عن البشر الذين يعيشونها. عندما ننظر إلى الناس الذين لم يشهدوا الحضارة المدنية إلا مؤخرًا، سنرى بوضوح أكبر أن منافع «التقدم» تفرض تكاليف خفية فيما يتعلق بالتوازن النفسي، ناهيك بالرضا العاطفي والروحي. كتب هانز سيلي يقول: «يبدو أن الضغط الناتج عن التحضر لدى سكان الزولو قد زاد من معدلات ارتفاع ضغط الدم، مما جعل الناس عرضة للنوبات القلبية. وقد لوحظ التهاب القولون التقرحي في العرب والبدو الرُحَّل الآخرين بعد الاستيطان في مدينة الكويت، ويُفترض كذلك أنه من تبِعات التحضر».

كان التأثير الرئيسي للاتجاهات الحديثة على الأسرة في ظل النظام الاجتماعي والاقتصادي السائد، والذي تسارع بسبب الدافع الراهن باتجاه «العولمة»، هو تقويض بنية الأسرة وتمزيق الروابط التي كانت توفر للإنسان إحساسًا بالغاية والانتماء. صار الأطفال يقضون فترات تحت رعاية البالغين

أقل من أي وقت مضى في مسار التطور البشري. استُبدلت بالروابط التي كانت متأصلة في الماضي في الأسرة الموسَّعة والقرية والمجتمع والحي مؤسساتٌ مثل الحضانة والمدرسة، حيث يكون الأطفال أقرب إلى أقرانهم منهم إلى آباء أو مقدِّمي رعاية يعوَّل عليهم. حتى الأسرة بمفهومها الضيق، والتي يُفترض أنها الوحدة الأساسية لبنية المجتمع، تتعرض لضغط لا يُطاق. في العديد من العائلات الآن يتعين على كلا الوالدين العمل لتأمين الضروريات الأساسية التي كان يمكن لراتب واحد أن يؤمِّنها قبل بضعة عقود.

كتب صاحب البصيرة هانز سيلي يقول: «إن فصل الرضع عن أمهاتهم وجميع أنواع الترحيل الأخرى التي تندر معها فرص التواصل بين الأشخاص هي أشكال شائعة جدًّا للحرمان الحسي، وقد تصبح عوامل رئيسة في المرض».

في كتابه «أيام الثلاثاء مع موري»، أفاد ميتش ألبوم بأن موري شوارتز، أستاذه السابق المصاب بالتصلب الجانبي الضموري، «كان عازمًا على إثبات أن كلمة «محتضِر» ليست مرادفة لكلمة «عديم الفائدة»». ويتبادر إلى الذهن فورًا السؤال، ترى لمَ قد يحتاج امرؤ إلى إثبات ذلك؟ لا يوجد إنسان «عديم الفائدة»، سواء كان رضيعًا لا حول له ولا قوة أو مريضًا عاجزًا أو بالغًا يحتضر. بيد أن الهدف ليس إثبات أن بوسع المحتضِرين أن يكونوا ذوي فائدة، وإنما رفض المفهوم الزائف القائل بأن على الناس أن يكونوا مفيدين كي يحظوا بالتقدير. تعلَّم موري في سن مبكرة أن «قيمته» تعتمد على قدرته على تلبية احتياجات الآخرين. هذه الرسالة نفسها، التي انغرست في قلوب العديد من الناس في وقت مبكر من حياتهم، تعززها بشدة الأخلاقيات السائدة في مجتمعنا. في كثير من الأحيان، يشعر الناس بأنهم لا يحظون بالتقدير إلا من أجل مساهماتهم النفعية وأن الاستغناء عنهم يغدو سهلًا إن هم فقدوا قيمتهم الاقتصادية.

إن الفصل بين العقل والجسد الذي تقوم عليه الممارسة الطبية هو أيضًا الأيديولوجية السائدة في ثقافتنا. قلَّما نفكر في التركيبات والممارسات الاجتماعية الاقتصادية كمحددات للمرض أو السلامة. تلك ليست في العادة

«جزءًا من المعادلة». ومع ذلك، فإن البيانات العلمية لا جدال فيها: العلاقات الاجتماعية الاقتصادية لها تأثير عميق على الصحة. على سبيل المثال، على الرغم من أن وسائل الإعلام والمهن الطبية –المستوحاة من البحوث الصيدلانية – تروِّج بلا كلل لفكرة أن ارتفاع الكوليسترول هو عامل الخطر الأكبر للإصابة بأمراض القلب بعد ارتفاع ضغط الدم والتدخين، فإن الأدلة تقول إن ضغط العمل أهم من كل عوامل الخطر الأخرى مجتمعة. ناهيك بأن الضغط النفسي بشكل عام وضغط العمل بشكل خاص يساهمان بشكل كبير في ارتفاع ضغط الدم وارتفاع مستويات الكوليسترول في الدم.

ومن الواضح أن تأثير العلاقات الاقتصادية في الصحة يرجع إلى أن الأشخاص ذوي الدخل المرتفع أكثر قدرة على تحمل تكاليف وجبات صحية وظروف معيشة وعمل صحية وأنشطة تقلل من الضغط النفسي. في الآونة الأخيرة نشر دينيس رافائيل، الأستاذ المشارك في كلية السياسة الصحية والإدارة في جامعة يورك بتورنتو، دراسة عن التأثيرات المجتمعية في أمراض القلب في كندا والبلاد الأخرى. وقد خلص إلى أن: «من أهم ظروف الحياة التي تحدد ما إذا كان الأفراد سيظلون بصحة جيدة أو يمرضون هو دخلهم. بالإضافة إلى ذلك، قد تتأثر الصحة العامة لمجتمع أمريكا الشمالية بتوزيع الدخل بين أعضائه أكثر مما تتأثر بالثروة الإجمالية للمجتمع. وجدت العديد من الدراسات أن الظروف الاجتماعية الاقتصادية، وليس عوامل الخطر المتعلقة بالصحة ونمط الحياة، هي السبب الرئيسي لأمراض القلب والأوعية الدموية، وأن الظروف في بواكير الحياة مهمة بشكل خاص».

أما عنصر السيطرة فهو الجانب الأقل وضوحًا، وإن كان لا يقل أهمية عن الحالة الاجتماعية والوظيفية كعوامل محدِّدة للصحة. نظرًا إلى أن الضغط النفسي يتفاقم كلما تضاءل إحساس السيطرة، فإن الأشخاص الذين يمارسون سيطرة أكبر على عملهم وحياتهم يتمتعون بصحة أفضل. أثبتت دراسة وايتهول البريطانية هذا المبدأ، حيث أظهرت أن موظفي الخدمة المدنية من الدرجة الثانية كانوا أكثر عرضة للإصابة بأمراض القلب مقارنة برؤسائهم، على الرغم من الدخل الذي يكاد يكون متماثلًا.

عندما نسلِّم بالنموذج متعدد الأجيال للسلوك والمرض، ونسلِّم أيضًا بالتأثيرات الاجتماعية التي تشكِّل الأسرة والحياة البشرية، سنتخلى عن موقف اللوم غير المفيد وغير العلمي. إن نبذ اللوم يمنحنا حرية المضي نحو التحمل الضروري للمسؤولية، وهي المسألة التي سنتطرق إليها عندما نتناول موضوع الشفاء في الفصول الأخيرة.

17

بيولوجيا المعتقد

كان لبروس ليبتون، عالم الأحياء الجزيئية الذي عمل سابقًا بجامعة ستانفورد في كاليفورنيا، رؤى علمية تركت آثارًا عميقة في فهمنا للمرض والصحة والشفاء. أحبَّ في محاضراته العامة، وفي مقابلاته الشخصية، أن يلقي الكرة في ملعب جمهوره من خلال طرحه سؤال: «ما مخ الخلية المفردة؟»، وكانت الإجابة النموذجية التي يتلقاها -كما تلقاها مني- هي: «النواة بالطبع».

وبالطبع النواة *ليست* هي مخ الخلية. إن مخنا هو العضو المسؤول عن اتخاذ القرار، ومخنا هو الذي يعمل وسيطًا بيننا وبين البيئة. في حياة الخلية الفردية، لا تؤدي النواة وظائف مماثلة لأنشطة المخ، غشاء الخلية هو ما يفعل.

في التطور الجنيني البشري، ينشأ كل من الجهاز العصبي والجلد من النسيج نفسه، وهو *الأديم الظاهر*. تستخدِم الخلايا الفردية غشاءها بوصفه جلدًا وبوصفه جهازًا عصبيًّا. فالغشاء شأنه شأن الجلد يحيط بالبيئة الداخلية للخلية ويحميها. وفي الوقت نفسه، توجد على سطحه الملايين من المستقبِلات الجزيئية التي تعمل كأعضاء حسية للخلية: فهي «ترى» و«تسمع» و«تستشعر» وتفسر -مثل المخ- الرسائل الواردة من الوسط الخارجي للخلية. وهو يسهِّل أيضًا تبادل المواد والرسائل مع البيئة. و«اتخاذ

القرار» يتم هو الآخر في الغشاء وليس في النواة، حيث تقع المادة الوراثية للخلية.

بمجرد أن نفهم هذه الحقيقة البيولوجية الأساسية، نصبح قادرين على إبصار حقيقة الافتراض الشائع القائل بأن الجينات هي عوامل حاسمة للسلوك البشري والصحة. قد يُغفَر للناس هذا الاعتقاد الخاطئ. صدرت عبارات لها هيبة شبه دينية من بعض العلماء والسياسيين، وتنبؤات بالتقدم الطبي الهائل، وجميعها ترحب بالتصريحات التي أُعلِنَت في عام 2000 عن اقتراب الباحثين من فك شفرة الجينوم البشري، أو المخطط الجيني لجسم الإنسان.

قال الرئيس بيل كلينتون في حفل البيت الأبيض بمناسبة الهدنة بين مجموعتين من العلماء تتسابقان لإكمال الجينوم: «اليوم نتعلم اللغة التي خلق الله بها الحياة». وقال د. ستيفن وارن، عالم الوراثة الطبية الأمريكي ومحرر «المجلة الأمريكية للوراثة البشرية»: «أشعر صدقًا أن هذا سيُحدِث ثورة طبية لأننا سنفهم ليس فقط ما يسبب المرض وإنما ما يمنعه».

ولكن من المحتم أن تأتي النتائج الفعلية لمشروع الجينوم مخيِّبة للآمال. فعلى الرغم من أن المعلومات العلمية التي اكتُشفت مهمة في حد ذاتها، لا يسعنا توقع أن يسفر برنامج الجينوم عن الكثير من المنافع الصحية الواسعة في المستقبل القريب، ذلك إن أسفر عن أي منافع بالأساس.

أولًا، لا تزال توجد الكثير من المشكلات الفنية التي تحتاج إلى حل. يمكن تشبيه حالتنا المعرفية الراهنة فيما يتعلق بالتركيب الجيني للبشر باستخدامنا نسخة من «قاموس أوكسفورد الإنجليزي المختصَر» بوصفه «النموذج» الذي أُلِّفتْ من خلاله مسرحيات ويليام شكسبير أو روايات تشارلز ديكنز. ولاستنساخ أعمالهما، «كل» ما تبقَّى الآن هو العثور على حروف الجر والقواعد النحوية والمؤشرات الصوتية، ثم معرفة كيف وصل المؤلفان إلى القصص والحوارات والوسائل الأدبية الرفيعة.

كتب أحد أبرز المراسلين العلميين المفكرين قائلًا: «الجينوم هو البرمجة البيولوجية، بيد أن التطور قد غفل حتى عن وضع علامات الترقيم لإظهار

أين تتوقف الجينات وأين تبدأ، ناهيك بأي ملاحظات مفيدة حول ما يجب أن يفعله كل جين».

ثانيًا، على عكس التعصب الجيني الذي يحيط بالتفكير الطبي والوعي العام حاليًّا، لا يمكن للجينات وحدها أن تفسر الخصائص النفسية المعقدة للبشر أو سلوكياتهم أو صحتهم أو مرضهم. ما الجينات إلا أكواد، تعمل كمجموعة من القواعد وكقالب بيولوجي لتخليق البروتينات التي تمنح كل خلية بنيتها ووظائفها المميزة. إنها مخططات معمارية وميكانيكية حية وديناميكية. أما تحقُّق الخطة من عدمه فيعتمد على ما هو أكثر بكثير من الجينات نفسها. توجد الجينات وتعمل داخل إطار الكائن الحي. ولا تتحدد أنشطة الخلايا ببساطة من خلال الجينات الموجودة في نواتها وإنما من خلال متطلبات الجسم بأكمله، ومن خلال تفاعل الجسم مع البيئة التي لا بد أن ينجو فيها. *البيئة هي المسؤولة عن تشغيل الجينات أو إطفائها*. وهذا يفسر لمَ أن أعظم التأثيرات على تطور البشر وصحتهم وسلوكهم هي تلك الخاصة بالبيئة الحاضنة.

لن يحدث أن يجادل أي شخص يربي النباتات أو الحيوانات في الدور الأساسي الذي تلعبه الرعاية المبكرة في تشكيل الطريقة التي تتكشّف بها القدرات والإمكانات الجينية. ولكن لأسباب لا علاقة لها بالعلم، يجد الكثير من الناس صعوبة في استيعاب المفهوم نفسه عندما يتعلق الأمر بتطور البشر. هذا العجز الفكري هو إحدى مفارقات القدر، لأن الإنسان من بين جميع أنواع الحيوانات هو أكثر من يتحدد أداؤه طويل الأمد من خلال البيئة المبكرة.

وبالنظر إلى ندرة الأدلة على أي دور حاسم للعوامل الوراثية في معظم مسائل المرض والصحة، قد يتساءل المرء عن سبب كل الهرج حول مشروع الجينوم، لماذا ينتشر التعصب الجيني؟

إننا كائنات اجتماعية، وللعلم أبعاده الأيديولوجية والسياسية شأنه في ذلك شأن جميع المواضيع الأخرى. كما أشار هانز سيلي، فإن افتراضات الباحث غير المُعترَف بها غالبًا ما تحدِّد ما سيكتشفه وتقيِّده. إن القبول بالرأي القائل بأن الأمراض، نفسية أو جسدية، وراثية في المقام الأول يسمح لنا بتجنب الأسئلة المزعجة حول طبيعة المجتمع الذي نعيش فيه. إذا أتاح لنا «العلم»

أن نتجاهل الفقر أو السموم التي يصنعها الإنسان أو الثقافة الاجتماعية المحمومة والضاغطة بوصفها أشياء مساهِمة في المرض، فيمكننا النظر فقط إلى الإجابات البسيطة: الدوائية والبيولوجية. يساعد هذا النهج في تسويغ القيم والبنيات الاجتماعية السائدة والمحافظة عليها. وقد يكون أيضًا مربحًا. فقد ارتفعت قيمة الأسهم في شركة «سيليرا»، الشركة الخاصة المشاركة في مشروع الجينوم، بنسبة 1400 بالمئة بين عامي 1999 و2000.

الضجيج الجينومي ليس فقط علمًا ضعيفًا، وإنما هو أيضًا موضع تشكيك من الناحية الدينية. في قصة الخلق في سفر التكوين، يخلق الله الكون أولًا، ثم الطبيعة، وبعدئذ يبدأ بتشكيل النوع البشري من جوهر الأرض. لقد علِم ما لم يعلمه بيل كلينتون، وهو أن البشر منذ بواكير حياتهم لا يمكن فهمهم بمعزل عن بيئتهم.

إن الوسط الداخلي لجسم الإنسان هو البيئة الجسدية والنفسية والعاطفية التي تشكِّل تطورنا وتؤثر في تفاعلاتنا مع العالم طوال العمر. والوسط الداخلي للخلية الفردية هو المحيط المباشر للخلية، الذي تستقبل من خلاله المواد المرسَلة التي تنشأ في الخلايا المجاورة، وفي النهايات العصبية المتحكَّم فيها من بعيد، وفي الأعضاء البعيدة التي تفرز المواد الكيميائية في الدورة الدموية. ترتبط المواد المعلوماتية بمستقبلات على أسطح الخلايا. ثم في غشاء الخلية –وفقًا لمعدل قابلية الخلية في تلك اللحظة– تُنتَج المواد *المستجيبة* التي تذهب إلى النواة وتوجِّه الجينات لتخليق بروتينات معينة لتنفيذ وظائف محددة. يوضح بروس ليبتون أن هذه المركبات البروتينية المستقبِلة المستجيبة –التي يُطلَق عليها *بروتينات الإدراك*– تعمل كـ «مفاتيح» تدمج بين وظيفة الخلية وبيئتها:

> على الرغم من أن بروتينات الإدراك تُصنَّع من خلال آليات جينية جزيئية، فإن الإشارات البيئية هي ما «تتحكم» أو تبدأ *تفعيل* عملية الإدراك... وقد تأكَّد التأثير المسيطر للبيئة

بفضل الدراسات الحديثة التي أجريت على الخلايا الجذعية[1].
لا تتحكم الخلايا الجذعية في مصيرها. يعتمد تمايز الخلايا الجذعية على البيئة التي تجد الخلية نفسها فيها. على سبيل المثال، يمكن تحضير ثلاثة أنواع مختلفة من بيئات زراعة الأنسجة. إذا وضعت الخلية الجذعية في البيئة الأولى، تصبح خلية عظمية. وإذا وضعت الخلية نفسها في البيئة الثانية، تصبح خلية عصبية، وإذا وضعت في البيئة الثالثة، تتحول إلى خلية كبد. *تفاعل الخلية مع البيئة هو ما «يتحكم» في مصير الخلية وليس برنامج وراثي قائم بذاته.*

إحدى النقاط الرئيسة في تفسير د. ليبتون الذكي للنشاط البيولوجي هو أن الخلايا في أي وقت –مثلها مثل الكائن البشري بأكمله– يمكنها أن تكون إما في وضع دفاعي وإما في وضع نمو ولكن ليس كلاهما. إن انطباعاتنا عن البيئة تتخزن في الذاكرة الخلوية. عندما تكون التأثيرات البيئية المبكرة ضاغطة بشكل مزمن، يتلقى الجهاز العصبي النامي وبقية أعضاء نظام PNI الفائق رسائل كهربائية هرمونية كيميائية متكررة مفادها أن العالم غير آمن أو حتى معادٍ. هذه *التصورات تُبرمَج في خلايانا على المستوى الجزيئي*. وهكذا تحدد التجارب المبكرة موقف الجسم تجاه العالم وتحدد معتقدات المرء اللاواعية عن نفسه في علاقته بالعالم. يسمي د. ليبتون هذه العملية «بيولوجيا المعتقَد». ولحسن الحظ، تؤكد التجربة البشرية وإمكانات البشر التي لا تنفك تتكشف أن بيولوجيا المعتقد على الرغم من أنها متأصلة بعمق من الناحية الفسيولوجية، فإنها قابلة للزوال.

لقد رأينا أن الضغط النفسي هو نتيجة التفاعل بين مسبب *الضغط* ونظام *المعالجة*. نظام المعالجة ذاك هو الجهاز العصبي البشري، الذي يعمل تحت تأثير المراكز العاطفية في المخ. تؤثر بيولوجيا المعتقد الراسخة في جهاز المعالجة هذا في وقت مبكر من الحياة بشكل حاسم على استجاباتنا للضغط

(1) الخلايا الجذعية هي خلايا جنينية متعددة القدرات لم تتميز بعد إلى نوع معين من الأنسجة. (المؤلف).

النفسي طوال حياتنا. هل نميز الضغوط النفسية؟ أنضخِّم التهديدات المحتمَلة لسلامتنا أم نقلل من شأنها؟ هل نعتبر أنفسنا وحيدين؟ عاجزين؟ لا نحتاج إلى المساعدة أبدًا؟ لا نستحق المساعدة أبدًا؟ محبوبين؟ مضطرين إلى بذل جهد كي نستحق الحب؟ غير محبوبين بشكل ميؤوس منه؟ هذه معتقدات غير واعية، متأصلة على المستوى الخلوي. إنها «تتحكم» في سلوكياتنا بغض النظر عما نظنه على المستوى الواعي. إنها تبقينا في أوضاع دفاعية منغلقة أو تسمح لنا بالانفتاح على النمو والصحة. سنلقي الآن نظرة من كثب إلى بعض هذه التصورات المتأصلة بعمق.

1. يجب أن أكون قويًّا

أيريس فنانة وقارئة نهمة، وتُعتبر من ثمَّ مثقفة جدًّا. منذ نحو عشر سنوات، في عمر الثانية والأربعين، شُخصتْ إصابتها بمرض الذئبة الحمراء. نشأت أيريس في أوروبا، وهاجرت مع عائلتها إلى الولايات المتحدة في أوائل العشرين من عمرها. كان والدها مستبدًّا ولا يمكن التنبؤ بتصرفاته، ووالدتها على حد تعبيرها: «لم تكن حاضرة بمعزل عن والدي».

تقول أيريس: «لقد فكرتُ في هذه النظرية التي تفيد بأن الجسد يقول لا إن لم يستطيع العقل قولها. سمعتُ بها من قبل، ووافقتُ على المبدأ من قبل. فقط لا أحب التفكير فيها عندما يتعلق الأمر بي».

سألتُها: «ولمَ لا؟».

- إنها تعني أنك لست قويًّا كفاية، لست قادرًا على فعل ما يستلزمه الأمر لتكون قويًّا كفاية.

أعادت هذه الكلمات إلى ذهني مريضة بسرطان المبيض لم تعجبها نظريتي لأنها، على حد قولها، جعلتها تبدو «كالجبانة».

قلت لها: «ماذا لو أن المرء ليس «قويًّا كفاية» فعلًا؟ لو حاولتُ أنا أن أرفع وزنًا يبلغ عشرة آلاف رطل وقال أحدهم: «أنتَ لست قويًّا كفاية لرفعه» فسوف أوافقه الرأي».

- أما أنا ففي تلك الحالة سأقول: «ما بك؟ أأحمق أنت؟».

- هذا هو بيت القصيد. في بعض الأحيان، لا تكمن المشكلة في افتقارنا إلى القوة ولكنها تكمن في أن المطالب التي نلزِم بها أنفسنا مستحيلة. ما الخطأ إذن في ألا نكون أقوياء كفاية؟

الاعتقاد الراسخ بضرورة أن تكون قويًّا كفاية، وهو السمة المميزة لعديد من الناس الذين يصابون بأمراض مزمنة، ما هو إلا الدفاع. فالطفل الذي يتصور أن أبويه لا يستطيعان دعمه عاطفيًّا يكون من الأفضل له أن يتبنى موقفًا يقول «يسعني التعامل مع كل شيء بنفسي». وإلا سيشعر بالرفض. إحدى طرق عدم الشعور بالرفض هي عدم طلب المساعدة مطلقًا، وعدم الاعتراف بـ «الضعف» مطلقًا، أن أعتقد أنني قوي كفاية لتحمُّل كل تقلباتي وحدي.

سرعان ما اعترفتْ أيريس أنها عندما يتصل بها أصدقاؤها بخصوص مشكلاتهم، فإنها لا تحكم عليهم أو تتهمهم بالضعف. هم مرتاحون في اعتمادهم عليها ويرونها متعاطفة وداعمة. كان من الواضح أن معاييرها المزدوجة –أن تتوقع من نفسها أكثر مما تتوقعه من الآخرين– لا علاقة لها *بالقوة*. وإنما بانعدام *السُّلطة*، كذاك الذي يشهده الطفل. يمكن للطفل أن يصبح أقوى مما ينبغي له، لأنه لا يملك سُلطة.

2. لا يصح أن أغضب

تبلغ شيزوكو من العمر تسعة وأربعين عامًا، وهي أم لطفلين كبيرين. شُخصت إصابتها بالتهاب المفاصل الروماتويدي في سن الحادية والعشرين، بعد وقت قصير من وصولها إلى كندا كطالبة أجنبية. ماتت أمها عندما كانت هي في الرابعة من عمرها، وبعد ذلك تزوج أبوها من خالتها، شقيقة والدتها. تقول: «كانت زوجة أبي تحب عملها أكثر مما تحب الأطفال». وقد سعى أبوها إلى تلبية جميع احتياجاتها ورغباتها المادية لكنه غالبًا ما كان بعيدًا عن المنزل.

تطلقت شيزوكو من زوجها البارد عاطفيًّا منذ خمس سنوات. تقول: «كان زواجي كارثيًّا. في الفترة التي عشت فيها مع زوجي، كنتُ متعَبة طوال

الوقت، أربي الأطفال. (الإعياء هو أحد الأعراض الشائعة لمرض الروماتيزم). وقبل حلول الساعة الثالثة عصرًا كنت أستلقي على الأريكة، فيواصل زوجي الشكوى قائلًا: «لم تفعلي شيئًا، ولا شيء». قال إني كنت أستغله كبطاقة طعام مجانية».

قلت: «هل سبق وشعرتِ بالغضب؟».

- نعم، كنت غاضبة عليه طوال الوقت.

- هل عبَّرتِ عن غضبك؟

- لا، بالطريقة التي ربَّتني بها زوجة أبي، أظن أنه لا يُفترض بي أن أغضب.

3. إذا غضبت لن أكون محبوبًا

لم يكن آلان، المصاب بسرطان المريء، سعيدًا في زواجه. لعل القارئ يتذكر إحساسه بأن زوجته عاجزة عن أن تكون «رومانسية وحميمية وكل الأمور التي أحتاج إليها».

قلت: «كيف عبَّرتَ عن عدم رضاك؟ هل غضبت يومًا بسبب ذلك؟ هل شعرت يومًا بالغضب حيال ذلك؟».

قال: «من الصعب الإجابة عن هذا السؤال لأنني صرت أشعر بالغضب طوال الوقت الآن. صرنا نتحدث عن هذا كثيرًا الآن».

- ماذا حدث للغضب الذي كان يعتمل بداخلك قبل تشخيص إصابتك بالسرطان؟

- لا أدري. أرى ما ترمي إليه، وهو صحيح على الأرجح.

- أين تعلمت كبت غضبك؟

- سؤال وجيه. أحسب أنني لم أحلل المسألة بما يكفي. أظنه انبثق من رغبتي في أن أكون محبوبًا. إذا غضبتَ، فلن يحبك الناس.

4. أنا مسؤول عن العالم بأسره

ليزلي اختصاصي اجتماعي يبلغ من العمر خمسة وخمسين عامًا، ويعزو مرضه هو الآخر –بالتهاب القولون التقرحي– إلى ضغوط العلاقة.

قال: «بدأ المرض خلال زواجي الأول. كنت أتعرض للكثير من الضغط النفسي، وكان المرض في أسوأ صوره. لم يعُد بذاك السوء منذ أمدٍ طويل. أعاني الآن أحيانًا بعض النزيف، غير أنه محدود للغاية. كانت علاقتي بزوجتي الأولى متقلبة دائمًا. أحسب أنها لم تكن راغبة في المشاركة. لم تَقُم علاقتنا قط على الشراكة. كان عليَّ أن أفكر نيابةً عنها. أصبح الأمر جنونًا حقيقيًا، إذ صار عليَّ أن أفكِّر فيما يمكننا أن نفعله معًا. لم تخبرني قط بما أرادت فعله. كان عليَّ أن أختار فيلمًا أعرف أنه سيعجب كلينا، فيلمًا يمكننا أن نذهب إليه معًا، ويسعد به كلانا».

- ألم يزعجك أن تلعب ذلك الدور؟
- بالتأكيد.
- ماذا فعلت بذلك الغضب؟
- ابتلعتُه، دون ريب. لم أستطع الشجار لأن حينها كانت لتقول: «أترى؟ هذا الزواج سيئ». كان الخلاف معها مؤشرًا على أن العلاقة سيئة.

كان عليَّ أن أكون في منتهى الحذر. عندما بدأتُ أواعد إيفا زوجتي الحالية، كنت كلما تشاجرنا أبدأ في الابتسام. أخبرتها أنني أستمتع بأننا نستطيع الشجار والاختلاف حقًّا من دون أن أخشى ابتعادها عني. كان لدي بالتأكيد مخاوف من رحيل الناس، من الهجر.

تطلَّب الأمر عدة شهور بعد بداية ظهور أعراض ليزلي ليلجأ إلى المساعدة الطبية.

قال: «لم أكن مستعدًّا لقبول ضعفي في مواجهة المشكلات. كان للأمر علاقة كبيرة بحبي للكمال، ورغبتي في أن أكون على ما يرام تمامًا، وفي ألا يكون بي أي خطب».

عندما كان ليزلي في التاسعة من العمر، مات والده فجأة جراء نوبة قلبية، وبعد عامين شهد الوفاة المفاجئة لأخيه بسبب تمدد الأوعية الدموية للمخ.

يقول: «بعدها، صار لدي طقس هوسي كل ليلة، روتين للتأكد من أن الناس لن يموتوا. «لا تمت، لا تمت...» كانت هذه طريقتي للتحكم في عدم موت الناس في حياتي. في أحد الأيام كنت أتحدث مع طبيبي النفسي. قلت له: «لقد تخليت عن ذلك الطقس ولا أدري إلى أين ذهب» واتتني فجأة لحظة تجلٍّ: «أعرف أين ذهب. لقد أصبحتُ اختصاصيًّا اجتماعيًّا، وصرت الآن أحاول إنقاذ العالم!». كانت محاولاتي لإنقاذ العالم وفشلي في ذلك تسبب لي الكثير من الضغط النفسي. وها أنا في إجازة من الضغط النفسي منذ عامين أو ثلاثة أعوام. أدركت أخيرًا أنني لا أستطيع إنقاذ العالم. حتى إن لدي شعارًا توصلت إليه أنا وطبيبي النفسي: «لأكُن مرشدًا لا إلهًا». وقد ناسبني هذا».

- كنت تعتقد إذن أن كل هذه الفوضى الآثمة في العالم خطؤك؟
- في مرحلة ما كنت أعتقد أنها سواء كانت خطئي أم لا، فلا بد أن أكون أنا من يصلحها.
- كيف ظهر ذلك في عملك؟
- حسنًا، إذا لم يبلِ والداي، أقصد عملائي، بلاءً حسنًا، كنت أشعر أنني لا أمتلك المعرفة الكافية. كنت بحاجة إلى أن أعرف أكثر وأحظى بمهارات أفضل. كنت بحاجة إلى العثور على الحل الأمثل، والعمل بجد أكبر، وقراءة المزيد من الكتب، والذهاب إلى ورش عمل.

لم أكن مضطرًّا للتنقيب بعُمق عن المعنى الكامن وراء استبدال ليزلي الفرويدي بكلمة عملاء *آباء*. ذلك لأنه لم يصبح فقط رفيق والدته الأهم وعزاءها بعد وفاة والده وشقيقه الأكبر، وإنما اتضح أيضًا أنه تولى هذا الدور منذ ولادته.

قال: «أرادتني أمي حقًّا أن أكون سعيدًا. لطالما كان شغلها الشاغل أن عليَّ أن أكون سعيدًا. ولطالما كان ذلك ما أحاول فعله. حاولت أن أكون سعيدًا في طفولتي. لم أعرف ماهية الاكتئاب، لم أعرف حتى ماهية المشاعر الحزينة. اعتادت أمي أن تقول إنني كنت طفلًا سهل المراس، وهي الصفة التي يمتلكها أخي. كنت رضيعًا سهل المراس لدرجة أنها تستطيع إيقاظي في منتصف الليل واللعب معي لبرهة ثم إعادتي إلى الفراش، وكنت أعود إلى النوم».

- لمَ بحق السماء كانت تفعل ذلك؟

- أظنها كانت تشعر بالوحدة أو تحتاج إلى بعض الاهتمام.
- كان عليك إذن أن تبذل جهدًا، منذ كنت رضيعًا.
- كان زواج أمي بأبي كارثيًّا. كانا يتشاجران، كان الوضع سيئًا قبل وفاته. كان واجبي أن أجعلها سعيدة.

5. يمكنني التعامل مع كل شيء

أُزيلَ جزء من قولون دون، وهو موظف مدني يبلغ من العمر خمسة وخمسين عامًا، بسبب سرطان الأمعاء. من بين الضغوط المزمنة التي عاناها كان اضطراره إلى أن يكون ذا ضمير مفرط اليقظة في حياته المهنية.

يقول: «يمكن لأعباء العمل أن تثير غضبي. لا أدري إن كان الغضب هو الكلمة الصحيحة، الإحباط ربما. ألا أكون قادرًا على التعامل مع مقدار العمل الموجود على مكتبي وقتها».

- ماذا كنت تفعل حيال ذلك؟
- كنت أتوتر، وأهدأ بالذهاب في نزهة على الأقدام، ثم أعود وأغرق في العمل مجددًا وأنجزه.
- ماذا عن الذهاب إلى المسؤول عن توزيع العمل وإيضاح أن هذا أكثر من قدرة أي أحد على التعامل؟
- لم أفعل ذلك قط. يمكنني التعامل مع أي شيء، ذاك هو السبب. كنت عازمًا على أن أكون الشخص الذي يتعامل مع معظم الملفات في الفرع بأفضل طريقة.
- لماذا؟
- لسببين. الأول، الغرائز التنافسية. والثاني، أنني أتقاضى راتبًا جيدًا، لذا يجدر بي أن أتقن عملي. النهج الذي طالما اتبعتُه كان: أعطني العمل وسوف أنجزه. إن أعطيتني المزيد من العمل، سأنجز المزيد، وإن أعطيتني القليل من العمل، لن أنجز إلا القليل.

- وعندما يقلصون عدد الموظفين ويضطر عدد أقل إلى إنجاز نفس القدر من العمل؟

- سأنجز أكثر. في الحقيقة، ما كنت أفعله غالبًا في تلك الحالة هو أن أذهب إلى من يشتكون من عبء العمل وآخذ العمل منهم. يراودني دائمًا قدرٌ ما من الشعور بالذنب لأن باستطاعتي أن أبلي بلاءً أفضل في هذا الملف أو ذاك. لطالما كان لدي المزيد لأفعله.

كان مصدر عزتي هذه الصورة التي تقول إنني أستطيع العمل أكثر من أي أحد آخر، في وقت أقل من أي أحد آخر.

- هل لهذا أي صلة بطفولتك؟

- جزء من هذا يعود إلى أمي. إذا أحضرتُ شهادة الدرجات إلى المنزل وكانت تحمل ثلاثة تقديرات ممتاز وثلاثة جيد جدًّا، يكون ردها: «ولمَ ليست التقديرات الستة ممتاز؟» لا شيء مما فعلتُه كان جيدًا بما فيه الكفاية قط. لطالما افترضتْ تلقائيًّا أنني سأصير أستاذًا في شيء ما. كانت خيبة أمل كبيرة لأمي أن بدأتُ حياتي المهنية عامل بناء.

6. لست مرغوبًا - لست محبوبًا

كان لدى جيلدا رادنر تصوُّر طويل الأمد بأنها غير مرغوبة. ظهرت إشارة إلى عُمق اليأس النفسي الذي عاشته جيلدا في بعض الملاحظات التي وجدها زوجها جين وايلدر بعد وفاتها. في إحداها بعنوان «اليد اليمنى تسأل – اليد اليسرى تجيب» كتبت جيلدا الأسئلة بيدها اليمنى والأجوبة بيدها اليسرى. الأسلوب والعنوان مهمان بشكل خاص: إن الجانب الأيمن من مخنا، الجانب الكُلاني والعاطفي، هو الذي يتحكم في اليد اليسرى. طرحت اليد اليمنى سؤال: «هل تجسدت أمك بداخلك في صورة سرطان؟» فأجابت اليد اليسرى: «*إنها لا تريد وجودي*» (بخط جيلدا المائل).

7. لا وجود لي إن لم أفعل شيئًا. لا بد أن أبرر وجودي

تحدثت جويس، الأستاذة الجامعية المصابة بالربو، عن إحساسها المرعب بالخواء عندما لا تكون منشغلة بفعل شيء ما. سألتُها عما عنته بذلك.

قالت: «مصدر الخواء كان هذا الرعب من أنني إن لم أحقق شيئًا، فلن يكون لي وجودٌ حق. عندما كنت طفلة لم أكن جزءًا من المعادلة. لم أكن جزءًا من كل التوترات الحادثة بين أبي وأمي وبين أبي وأخي. كنت أصغر بثماني سنوات، كنت الابنة، الفتاة الصغيرة المثالية. كل هذه الأمور كانت تحدث. كنت أشعر بأنني لن أكون موجودة ما لم أفعل شيئًا في العالم».

8. لا بد أن يشتد بي المرض حتى أستحق الرعاية

شُخصتْ أنجيلا منذ عامين بسرطان الرحم، عندما كانت في الخامسة والأربعين. قبلها كانت تعاني إدمان الكحوليات وفقدان الشهية والشرَه المرضي والاكتئاب والفيبرومالجيا. خضعت في مرحلة ما لعملية تغيير المسار المعوي لإنقاص الوزن. فقدت 150 رطلًا خلال عام لكن سرعان ما اكتسبتها مجددًا، إذ لم تتغير مستويات الضغط النفسي لديها ولا عاداتها الغذائية. أجريتُ مقابلة مع أنجيلا في «هوب هاوس»، وهو مركز لتقديم المشورة والدعم في فانكوفر للأشخاص المصابين بأورام خبيثة وغيرها من الأمراض المزمنة.

قالت: «أشعر أن السرطان كان هدية بالنسبة إليَّ لأنه أخرجني من مصلحة الدخل القومي الكندي. كنت مراجِعة حسابات على مدى الاثني عشر عامًا الماضية وكرهت الوظيفة. منذ طفولتي لم أملك إلا أن آخذ الأمور على محمل شخصي كلما حدثت مواجهة ما أو خلاف. والناس ينزعجون عند مراجعة حساباتهم، ويلقون بكل كراهيتهم للحكومة والضرائب في وجهك. وقد أخذتُ كل هذا على عاتقي».

قلت: «لماذا تطلَّب الأمر إصابتك بالسرطان لتخرجي من وظيفة تكرهينها ولها تأثير سيئ عليك؟».

- كنت مكتئبة أغلب الوقت، وشعرت كما لو أن الخيار ليس بيدي. إنني أعمل منذ كنت في السابعة عشرة. كنت أعرف أن في أنواع أخرى من الوظائف، لن يكون من المقبول أن تمرض كثيرًا. وأنا مرضتُ كثيرًا. في الحكومة تصبح مثل ترس في عجلة. يوجد مائة شخص آخر يفعلون نفس ما تفعل، لذلك إن لم تنجز عملك، يمكنهم تحويله إلى شخص آخر. وذلك هو سبب بقائي هناك، بدافع الخوف.

- كيف أخرجك السرطان من هناك؟

- بعد تشخيص السرطان، بدأتُ المجيء إلى «هوب هاوس» والتحدث مع المختصين في العلاج النفسي هنا. وقد شجعوني على إلقاء نظرة على مشاعري وحياتي. أدركت أنني كنت أحاول التكيُّف مع شيء لم يكن يُفترض بي حقًّا أن أتكيَّف معه.

- هل أخبروكِ بعنوان كتابي؟

- حسنًا، لقد قال جسدي لا. لقد أُصبتُ بنزيف حاد لمدة عامين في الواقع، وخلال هذه المدة خضعت لفحوصات. أجروا خزعتين، ووجدوا في الثانية خلايا سرطانية.

عندما قال لي الطبيب كلمة *سرطان*، قال حدسي، في جزء من الألف من الثانية، مصلحة الدخل القومي الكندي. كان الأمر جليًّا للغاية بالنسبة إليَّ. كنت أتلقى هذه الرسالة على مدى الاثني عشر عامًا الماضية، وكنت أتجاهلها.

- هذا ما كنت أسأل عنه. لماذا تطلب الأمر إصابتك بالسرطان لتفعلي ذلك؟

- لأنه كان *مشكلة* حقيقية. كانت لدي تلك القناعة بأن اضطرابات المزاج ليست كافية. الشره المرضي لا يكفي. ينظر الجميع إلى اضطرابات النفس ويقول، حسنًا، لا يوجد خطب فيكِ. توجد الكثير من الأحكام حولك.

- ولكن جميع تلك الاضطرابات تصيب المخ؛ إنه عضو جسدي. اضطراب الحالة المزاجية أمر فسيولوجي تمامًا مثل سرطان الرحم.

- أتفق معك. لكن ذلك كان حكمي الخاص على المسألة، لأنني كنت مؤمنة بما هيأتْني أسرتي والمجتمع للإيمان به.

حقيقة أنني كنت مكتئبة وأن الوظيفة تجعلني مريضة لم تكن كافية في ذهني. كنت قلقة كثيرًا مما قد يفكر فيه الآخرون، والأهم، عائلتي.

نظام الدعم الذي وجدته أنجيلا منذ تشخيصها بالسرطان مكَّنها من مواجهة مشكلاتها.

تقول: «شعرت بأمان لم أشعر به من قبل، لا سيما عندما مررتُ بكل تلك الأمور المتعلقة بالتحرر من مصلحة الدخل القومي الكندي. حظيت بكثير من التشجيع لفعل أشياء، وحب الأشياء التي تسعدني، وفعل الأشياء التي لديَّ شغف لها».

***

على الرغم من أن البشر قادرون على فعل كل شيء، فمن الصعب قبول حقيقة أن هنرييتا والدة جيلدا لم ترِد حقًّا أن تكون ابنتها موجودة، أو أن والدة ليزلي قد رغبت يومًا عن وعي في أن يكون ابنها مسؤولًا عن سعادتها، أو أن أبوَي آلان أرادا أن يبعثا له بإشارات تخبره بأنه لن يكون محبوبًا إن غضِب. يشعر معظم الآباء بحبٍّ غير مشروط تجاه أطفالهم، وهذا ما يأملون في إيصاله إليهم. من المهم معرفة ذلك، لكنه ليس الأهم، فالأهم هو تصورات الطفل اللاواعية، التي تُبنى على تفسيراته الأعمق لتفاعلاته مع العالم. هذه التفسيرات، التي تترسَّخ على المستوى الخلوي، تشكِّل بيولوجيا المعتقد التي تحكم الكثير مما نشعر به وما نفعله وكيفية تعاملنا مع الأحداث.

المساهم الرئيس في نشأة العديد من الأمراض –جميع الحالات التي نظرنا فيها– هو العبء الزائد الناتج عن المعتقدات اللاواعية. إذا كان لنا أن نتعافى، فمن الضروري أن نبدأ المهمة التدريجية المؤلمة لعكس مسار بيولوجيا المعتقد التي تبنيناها في وقت مبكر جدًّا من الحياة. مهما تناولنا من علاج خارجي، فإن عوامل الشفاء تقبع داخلنا. لا بد من تغيير الوسط الداخلي. إيجاد الصحة ومعرفتها من كثب يستلزم البحث، القيام برحلة إلى

مركز بيولوجيا المعتقد خاصتنا. وذلك يعني إعادة التفكير وإعادة التعرُّف على حياتنا.

أيًّا كانت طريقة العلاج التي يختارها الناس: الطب التقليدي مع العلاج التكميلي أو من دونه، طرق بديلة مثل التداوي بالطاقة أو تقنيات العقل والجسد المختلفة، الممارسات الشرقية القديمة مثل الطب الهندي القديم أو اليوجا أو الوخز بالإبر الصينية، الممارسة العالمية لتقنيات التأمل، العلاج النفسي، العلاج الغذائي – فإن مفتاح الشفاء هو الاختيار النشط والحر والمستنير للمرء. توجد العديد من الطرق المختلفة لإيجاد تلك القدرة البشرية الفطرية على الحرية، الموضَّحة في العديد من التعاليم والكتب والمصادر الأخرى. التحرر من الظروف الخارجية القمعية والضاغطة أمر ضروري، لكن ذلك لن يكون ممكنًا إلا إذا حررنا أنفسنا أولًا من استبداد بيولوجيا المعتقد المتأصلة فينا.

18

قوة التفكير السلبي

لا تُحبِّذ كارين جيلمون، اختصاصية الأورام من فانكوفر، استعارات الحرب التي غالبًا ما تُستخدم لوصف السرطان.

تقول: «الفكرة هي أنك تستطيع بما يكفي من الإرادة أن تتحكم فيه، يمكنك بما يكفي من الإرادة أن تطرده. تلك الاستعارات توحي بأن الأمر كله أشبه بمعركة. ولست أعتقد أن هذا المنظور مُجدٍ. أولًا، لأنه غير صالح من الناحية الفسيولوجية، ثانيًا، لا أظنه صحيًّا من الناحية النفسية».

«ما يحدث لجسدنا أشبه بالتدفق، ثمة مدخلات ومخرجات، ولن يسعك التحكم في كل جانب من جوانبها. نحن بحاجة إلى فهم هذا التدفق، ومعرفة أن هناك أمورًا يمكنك التأثير فيها وأمورًا لن يمكنك التأثير فيها. إنها ليست معركة، وإنما ظاهرة من الدفع والجذب لإيجاد التوازن والانسجام، لعجن القوى المتصارعة كلها في عجين واحد».

ما يمكن أن نسميه النظرية العسكرية للمرض، ترى المرض كقوة معادية، شيء غريب يجب على الكائن الحي محاربته وهزيمته. تترك وجهة النظر هذه سؤالًا مهمًّا دون إجابة، إذ حتى في علاج العدوى الحادة حيث يمكننا تمييز الكائنات الدقيقة التي تغزو الجسم وقتلها بالمضادات الحيوية: *لماذا تُبقِي البكتيريا نفسها والفيروس نفسه على أحد بينما تُسقِط آخر؟* تعيش كائنات

حية مثل المكورات العقدية، المسؤولة عما يسمى بمرض تآكل اللحم، في العديد من الأشخاص لكنها لا تسبب المرض إلا في قلة منهم. أو قد تحيا في أحدهم في وقتٍ ما من دون أن تسبب أي مشكلات ولكنها تشن هجومًا مميتًا في وقت آخر من حياة الشخص نفسه. ما سبب هذا التباين؟

شهد القرن التاسع عشر نقاشًا ساخنًا حول هذا الموضوع، استمر لعقود من الزمن بين رجُلين بارزين في تاريخ الطب، عالم الأحياء الدقيقة الرائد لويس باستير، وعالم الفسيولوجيا كلود برنارد. أصر باستير على أن ضراوة الميكروب هي التي تحدد مسار المرض، وأصر برنارد على أن ضعف جسم المضيف هو المسؤول الأكبر. على فراش الموت تراجع باستير عن رأيه قائلًا: «*Barnard avait raison, Le germ n'est rien, c'est la terrain qui est tout*». (كان برنارد على حق. الأمر لا يتعلق بالميكروب، الأرض –أي الجسم المضيف– هي كل شيء).

قد يكون باستير المحتضر تطرَّف في رأيه أكثر مما ينبغي، ولكن ربما كانت تلك لحظة تجلٍّ. منذ تلك الأيام، ولا سيما مع حلول عصر المضادات الحيوية في منتصف القرن العشرين، نسينا جميعًا أن أرض المرض هي إنسان معين في وقت معين من تاريخ حياته. في عام 1977 سأل جورج إنجل، الباحث في وحدة العقل والجسد في الطب: «لماذا أُصيب *هذا* المريض بهذا المرض *الآن*؟». لقد اعتمد الطب الحديث بشكل أساسي منظور «السبب والنتيجة» التبسيطي. عندما لا نجد عاملًا خارجيًّا واضحًا –كما هو الحال مع الأمراض الأشد خطورة– فإنه يرفع يديه في الهواء معلنًا أن السبب مجهول. ربما تكون عبارة «مجهول السبب» هي العبارة الأكثر شيوعًا في كتب الطب الباطني.

في حين أن التواضع العلمي أمر مُستحسَن، فإن نموذج السبب والنتيجة للمرض هو في حد ذاته مصدر للتصورات الخاطئة. لا يشرح هذا النموذج الطرق التي تتحول بها الصحة إلى مرض أو كيف قد يتحول المرض إلى صحة. يروي التراث الصوفي القصة الشهيرة للملا نصر الدين، الأحمق الحكيم من القرن الثاني عشر، عندما كان يبحث على يديه وركبتيه تحت ضوء الشارع.

سأله جيرانه: «ما الذي تبحث عنه؟».

أجاب: «مفتاحي».

انضم إليه جميع جيرانه في البحث، وتفحصوا بحرص ومنهجية كل بوصة من الأرض بالقرب من المصباح. لم يجد أيهم المفتاح.

فسأله أحدهم أخيرًا: «مهلًا يا نصر الدين، أين فقدت هذا المفتاح؟».

قال: «في منزلي».

- لماذا إذن تبحث هنا؟

- لأنني أستطيع الرؤية بصورة أفضل هنا بالطبع، تحت الضوء.

قد يكون من الأسهل (والأجدى من الناحية التمويلية) البحث في أسباب منعزلة مثل الميكروبات والجينات، لكن ما دمنا نتجاهل المنظور الأوسع، ستظل الأمراض دائمًا مجهولة السبب. إن البحث في الخارج حيث ينير الضوء لن يمنحنا مفتاح الصحة، علينا النظر إلى الداخل، حيث يعم الظلام والعتمة.

ما من مرض له مسبِّب واحد. حتى عندما يمكن تحديد عوامل خطر كبيرة -مثل الوراثة البيولوجية في بعض أمراض المناعة الذاتية أو التدخين في سرطان الرئة- فإن مَواطن الضعف تلك لا توجد منفردة. ولا تسبب الشخصية في حد ذاتها المرض أيضًا: لا يُصاب المرء بالسرطان لمجرد أنه قمع غضبه، أو يُصاب بالتصلب الجانبي الضموري لمجرد كونه لطيفًا أكثر من اللازم. يعترف نموذج *الأنظمة* بأن العديد من العمليات والعوامل تعمل جنبًا إلى جنب في تشكيل المرض أو في جلب الصحة. لقد وضحنا في هذا الكتاب النموذج *البيولوجي النفسي الاجتماعي* للطب. ووفقًا لوجهة النظر البيولوجية النفسية الاجتماعية، فإن بيولوجيا الفرد تعكس تاريخ جسم الإنسان في تفاعله مدى الحياة مع البيئة، في تبادل دائم للطاقة تكون فيه العوامل النفسية والاجتماعية جوهرية مثلها مثل العوامل المادية. يقترح الدكتور جيلمون أن الشفاء هو ظاهرة إيجاد التوازن والتناغم.

لا نذكّر أنفسنا كفاية بأن كلمة *شفاء* إنما هي مشتقة من أصل قديم بمعنى «مكتمل»، ومن هنا جاءت معادلتنا للكمال والصحة. الشفاء هو أن تصبح

مكتملًا. ولكن كيف نكون أكثر اكتمالًا مما نحن عليه بالفعل؟ أو كيف يمكننا بأي شكل أن نكون أقل اكتمالًا؟

يمكن للكامل أن يصبح ناقصًا بإحدى طريقتين: أن يُطرَح شيء ما منه، أو أن يصبح تناغمه الداخلي مضطربًا لدرجة أن الأجزاء التي كانت تعمل معًا لم تعد تفعل. كما رأينا، فإن الضغط النفسي هو اضطراب في التوازن الداخلي للجسم استجابةً للتهديد المتصوَّر، بما في ذلك تهديد أن يُحرَم المرء من بعض الاحتياجات الأساسية. قد يكون الجوع أحد أشكال هذا الحرمان، ولكن في مجتمعنا غالبًا ما يكون التهديد نفسيًّا، مثل انقطاع التغذية العاطفية أو اختلال التناغم النفسي.

تقول امرأة مصابة بسرطان المبيض: «لا يمكنني فهم سبب إصابتي بالسرطان. لقد عشت حياة صحية، كنت آكل جيدًا، وأمارس الرياضة بانتظام. لطالما اعتنيت بنفسي جيدًا. لو كان لأحدٍ أن يجسِّد فكرة الصحة، لكنتُ أنا خير من يجسِّدها».

كان الجانب الذي تغفله خفيًّا بالنسبة إليها: الضغط النفسي الناجم عن الكبت العاطفي. لا يمكن لأفضل جهودها الصادقة (والواعية) في رعاية نفسها كما ينبغي أن تمتد إلى مضمار لم تكن تعرف بوجوده. هذا هو السبب في أن المعرفة والبصيرة تهبان القدرة على التحول، والسبب في أن البصيرة أكثر نفعًا للناس من النصيحة. لو اكتسبنا القدرة على النظر داخل أنفسنا بأمانة وتعاطف ورؤية صافية، لميَّزنا الطرق التي نحتاج إلى سلكها للعناية بأنفسنا، ورأينا مناطق الذات التي كانت حبيسة الظلام في السابق.

إن إمكانية الاكتمال الصحي تكمن فينا جميعًا، كما تكمن إمكانية المرض وانعدام التناغم. ما المرض *إلا* انعدام في التناغم. بتعبير أدق، إنه تعبير عن عدم التناغم الحادث بداخلنا. إن نظرنا إلى المرض باعتباره شيئًا دخيلًا وخارجيًّا، فقد ينتهي بنا الأمر بشن حربٍ على أنفسنا.

أول خطوة في استرجاع طريقنا إلى الصحة هو التخلي عن تعلُّقنا بما يُدعى التفكير الإيجابي. لقد جلستُ في مراتٍ عديدة في أثناء عملي في الرعاية التلطيفية مع أناسٍ قانطين أعربوا عن حيرتهم من إصابتهم بالسرطان. قال

لي رجل في أواخر الأربعين من عمره: «لطالما كنتُ أفكر بصورة إيجابية. لم أستسلم قط للأفكار المتشائمة. لمَ عساي أصاب بالسرطان؟».

أوصيته بقوة التفكير السلبي واصفًا إياه بأنه الترياق للتفاؤل المميت. وأضفتُ سريعًا: «أمزح بالطبع. أما ما أؤمن به حقًّا فهو قوة *التفكير*».

بمجرد أن نصف كلمة *التفكير* بصفة *الإيجابي*، نستثني تلك الأجزاء من الواقع التي نعدها «سلبية». هذا ما يبدو أن معظم من يعتنقون التفكير الإيجابي يفعلونه. لكن التفكير الإيجابي الحق يبدأ بتضمين كل واقعنا. ذلك التفكير الذي يهتدي بيقيننا أن باستطاعتنا الثقة بأنفسنا في مواجهة الحقيقة الكاملة، مهما كانت تلك الحقيقة الكاملة.

كما أوضح د. مايكل كير، فإن التفاؤل القهري هو إحدى الطرق التي نقيد بها قلقنا لاجتناب مواجهته. ذلك الشكل من التفكير الإيجابي هو آلية التكيف لدى الطفل المجروح. والبالغ الذي يظل مجروحًا دون أن يكون واعيًا بجرحه يجعل من هذا الدفاع المتبقي من الطفولة مبدأً للحياة.

من شأن ظهور الأعراض أو تشخيص الإصابة بالمرض أن يطرح سؤالًا ذا شقين: ما الذي يقوله المرض عن الماضي والحاضر؟ وما الذي قد يساعد في المستقبل؟ تركز العديد من الأساليب على الشق الثاني من معادلة الشفاء تلك، من دون مراعاة كاملة لما أدى إلى ظهور المرض في المقام الأول. وتملأ تلك الأساليب «الإيجابية» أرفف الكتب وموجات الأثير.

من أجل أن يشفى المرء، لا بد أن يستجمع قوته للتفكير بصورة سلبية. التفكير السلبي ليس وجهة نظر كئيبة متشائمة تتنكر في صورة «الواقعية». وإنما هو استعداد للتفكير في مواطن الخلل. ما الشيء الذي يفتقر إلى التوازن؟ ما الذي أتجاهله؟ لماذا يقول جسدي لا؟ من دون هذه الأسئلة، ستبقى الضغوط المسؤولة عن انعدام توازننا خفية.

والأهم من ذلك هو أن عدم طرح *تلك الأسئلة* هو في حد ذاته مصدر *للضغط النفسي*. أولًا، لأن «التفكير الإيجابي» يعتمد على الاعتقاد غير الواعي بأننا لسنا بالقوة الكافية للتعامل مع الواقع، مما يسمح لهذا الخوف بالهيمنة مولِّدًا حالة من التوجس الطفولي. وسواء كان التوجس عن وعي أم لا، فهو حالة من الضغط النفسي. ثانيًا، لأن الافتقار إلى المعلومات الأساسية عن أنفسنا وعن

وضعنا يُعد أحد المصادر الرئيسة للضغط النفسي وأحد المنشطات القوية لاستجابة الضغط النفسي من المحور الوطائي النخامي الكظري. ثالثًا، لأن الضغط النفسي يتضاءل كلما زادت السيطرة الحرة المستقلة.

ولا يستطيع المرء أن يكون مستقلًّا ما دام مدفوعًا بديناميكيات العلاقات، أو الشعور بالذنب، أو احتياجات التعلُّق، أو التعطُّش للنجاح، أو الخوف من رب العمل، أو الخوف من الملل. والسبب في ذلك بسيط: *الاستقلالية ضرب من المستحيل ما دام المرء مدفوعًا بأي شيء*. يصبح الشخص المدفوع كما ورقة في مهب الرياح، تسيطر عليه قوى أقوى منه. لا رأي لإرادته المستقلة، حتى وإن آمن بأنه هو من «اختار» نمط حياته الضاغط وحتى وإن كان يستمتع بأنشطته. الخيارات التي يتخذها مُعلَّقة بخيوط غير مرئية. يظل عاجزًا عن قول لا، حتى وإن كان لن يقولها إلا لدافعيته الخاصة. وعندما يستيقظ أخيرًا، يهز رأسه مثل بينوكيو ويقول: «كم كنت أحمق عندما كنت كالدمية»!

يستحيل على جويس، المحاضِرة الجامعية المصابة بالربو، أن تقول لا. لذا قالتها رئتاها نيابةً عنها. خوف جويس من كلمة لا ليس خوفًا من الآخرين، وإنما من الخواء الذي تحسه عندما لا تُجهِد نفسها.

تقول: «للخواء علاقة بهذا الرعب من أنني لو لم أحقق المطلوب مني فلن أكون موجودة بحق».

لو أنها استحضرت قوة تفكيرها السلبي، لأمكنها تقبُّل هذا الفراغ المخيف داخلها. كانت لتمنح نفسها فرصة تجربة الفراغ بدلًا من محاولة ملئه بمهام إيجابية.

شُخِّصتْ ميشيل بسرطان الثدي في عمر التاسعة والثلاثين، واعتادت التماس الراحة في أحلام اليقظة، العادة التي لازمتها طوال حياتها.

تذكرتْ تعاسة طفولتها قائلة: «لا عجب أنني كنت أحيا في عالم خيالي. إنه أكثر أمانًا. تضع قواعدك الخاصة بك، ويمكنك جعله آمنًا وسعيدًا بقدر ما تريد. العالم الخارجي مختلف تمامًا».

وجدت إحدى الدراسات التي أُجريت على مدار ما يقرب من عامين أن توقُّع الأطباء لسير المرض لدى مريضات سرطان الثدي اللائي يملن إلى الانخراط

في أحلام اليقظة البهيجة كان أسوأ مقارنة بنظيراتهن الواقعيات. وكذلك كان الحال بالنسبة إلى النساء اللائي أبلغن عن مشاعر سلبية أقل.

وورد في تقرير آخر عن النساء المصابات بسرطان الثدي المتكرر أن: «المريضات اللائي أبلغن عن ضغط (نفسي) أقل، واللائي صنفهن الآخرون بأنهن «متأقلمات بشكل حسن» كن أكثر عُرضة للوفاة في غضون عام واحد، أي قبل حلول الموعد المقرر للمتابعة».

هذا الاستنتاج المتكرر الذي يقول بأن ذوي أنماط التفكير الأسعد والأقل اضطرابًا يمكن أن يُعانوا أمراضًا أكثر يتعارض مع المنطق، فالاعتقاد السائد هو أن العواطف الإيجابية تفضي دون ريب إلى صحة جيدة. ولكن على الرغم من حقيقة أن البهجة والرضا الحقيقيَين يعززان الصحة الجسدية، فإن الحالات الذهنية «الإيجابية» المصطنعة لطرد الضيق النفسي تقلل من مقاومة المرض.

يتحكم الدماغ في أنشطة جميع أعضاء الجسم وأجهزته ويدمجها، وينسق في الوقت نفسه تفاعلاتنا مع البيئة. تعتمد هذه الوظيفة التنظيمية على الإدراك الواضح للتأثيرات السلبية وإشارات الخطر وعلامات الضيق الداخلي. الأطفال الذين تبعث بيئتهم برسائل متضاربة على نحو مزمن، يعانون عُطلًا في نظام المخ النامي. تتضاءل قدرة أدمغتهم على تقييم البيئة، بما فيها القدرة على التمييز بين ما هو مغذٍّ وما هو سام. ومن المرجح أن يتخذ من تعرضوا لهذا الجرح قرارات تؤدي إلى مزيد من الضغط النفسي، كما حدث مع ميشيل في أثناء طفولتها. وكلما طردوا مخاوفهم باستخدام «الأفكار الإيجابية» أو الإنكار أو أحلام اليقظة، طال أمد الضغط النفسي عليهم وكان أشد ضررًا. عندما يفقد المرء القدرة على الإحساس بالحرارة، يزداد خطر التعرض للاحتراق.

والتفكير السلبي من النوع الصادق سيقودنا لا محالة إلى مناطق الألم والصراع التي نجتنبها. محال أن تسير الأمور بشكل مغاير. إن الحاجة الطاغية للطفل إلى اجتناب الألم والنزاع هي المسؤولة عن سمة الشخصية أو أسلوب التكيف الذي يعرِّض البالغ لاحقًا للمرض.

تحملت ناتالي المصابة بالتصلب المتعدد زوجها المدمن الذي يسيء لها عاطفيًا. رعته بأمانة خلال فترة نقاهته من عمليتين للسرطان وتغاضت عن

مطالبه الفظة. وقد خانها، بيد أنها حتى بعد سنوات من وفاته، ما زالت عاجزة عن قول لا لتوقعات الآخرين.

قالت: «لخمس سنوات كنت ألهث، وما زلت لم أتعلم أن عليَّ ضبط وتيرة خطواتي كي لا أتعب. لا يكف جسدي عن قول لا وما زلت مستمرة. إنني لا أتعلم».

وكيف فسرت ناتالي موقفها؟ «لم تسمح لي الممرضة بداخلي بالتوقف».

تلك هي القصة التي تخبر بها نفسها، كما لو أن بداخلها «ممرضة» قوية فعلًا تسيطر على سلوكها. وعندما تمتنع ناتالي عن قول لا، غالبًا ما تجد نفسها شاعرة بالضغط النفسي وتعاني نوبة تصلب متعدد شديدة. ولكن لتحرير نفسها من مثل هذا الضغط، لا بد أن تتقبل الواقع الأليم بأن اختياراتها، القائمة على تصورات الطفولة، هي وحدها ما يجعلها عاجزة عن التعبير عن احتياجاتها.

كثير من الناس محرومون من معرفة ذواتهم ومن النمو الشخصي بسبب الأسطورة التي يشعرون بأنهم مرغَمون على الالتزام بها، الأسطورة التي تقول إنهم قد عاشوا «طفولة سعيدة». من شأن قليل من التفكير السلبي أن يمكِّنهم من رؤية ما وراء خداع الذات الذي يبقيهم عالقين في أنماط سلوكية مؤذية.

***

جين سكرتيرة قانونية تبلغ من العمر خمسة وثلاثين عامًا، شُخصت إصابتها في عمر الرابعة والعشرين بمرض التصلب المتعدد، حيث عانت الضعف والدوار والإعياء ومشكلات المثانة، وأخيرًا فقدان مؤقت للرؤية. أمضت ما يقرب من عام في المؤسسات الطبية، في مستشفى للرعاية المركزة ثم في منشأة لإعادة التأهيل. ومنذ ذلك الحين، كانت نوبات المرض القليلة التي تلَت أكثر اعتدالًا.

تزوجت جين في التاسعة عشرة. كان زوجها الأول رجلًا كبير السن، متسلطًا ومسيئًا.

تقول: «كانت إساءاته في الغالب عاطفية ولفظية، ولكنها انتهت بالإساءة الجسدية. لقد ضربني. هنا غادرت. اعتاد تسجيل محادثاتي الهاتفية مع أصدقائي. كنت أعمل في وظيفتين، عزف الموسيقى في الليل، وروضة الأطفال

خلال النهار. كنت أسلِّمه راتبي. لم أحب العمل في فرقته. كانوا يسافرون كثيرًا. كنت وحيدة. عانيت أيضًا اضطرابات الأكل لمعظم حياتي. عندما دخلت إلى المستشفى كان وزني تسعة وثمانين رطلًا (40 كجم)، وطولي 5.6 قدمًا (170 سم). كنت مصابة بفقدان الشهية. تركتُ زوجي ذات يوم وانتهى بي الأمر في المستشفى في اليوم التالي».

قلت: «إن تحمُّلكِ لخمس سنوات مع رجل مسيء كبير السن محالٌ أن يكون عرضيًّا. أعتقد أنه يقول الكثير عن عائلتك الأصلية».

- أخالفك الرأي بشدة. لن تتخيل كم كانت عائلتي أبعد ما تكون عن الإساءة. أحظى بعائلة داعمة بشكل لا يُصدَّق. لدي شقيقان وأخت وأبوان سعيدان في زواجهما منذ خمسة وأربعين عامًا. لم أعامَل قط بأي شيء سوى الرعاية والحب والحنان.
- لم أقصد بكلامي أن عائلتك مسيئة. بل قلت إن قصتك تخبرني بالكثير عن عائلتك الأصلية.
- أوه! (صمت طويل) لست أدري. بمَ تخبرك؟
- دعيني أسألك أولًا قبل أي شيء عما إن كنتِ تعرضتِ يومًا للاعتداء الجنسي في طفولتك.
- لا، أو... ثمة واقعة من اللمس غير اللائق عندما كنت في الحادية عشرة من عمري أو نحو ذلك، وقعتْ من زميل يعمل مع والدي بطريقة ما. كنا نخيم بالخارج مع آخرين. وقد أخبرت والديَّ. *لم أخبرهما وقتها، أخبرتهما بعدها بسنوات*.

كنا حول نار المخيم، وكنت أرتدي سروالًا قصيرًا. أخبرني كم أنا فتاة جميلة، وشعرت بالإطراء. مرر يده على ساقي من الداخل. أظن أن الواقعة كلها منذ بداية حديثه استمرت لنحو نصف الساعة، ولكن حينما بدأ في لمسي، قدمت اعتذاري وغادرت. وأعرف أنني استأت من الأمر.

الذكرى ضبابية للغاية بالنسبة إليَّ. كدتُ أشك في نفسي. حتى وأنا أخبرك الآن، تبدو الواقعة وكأنها ليست بالخطب الجلل. لكنها تبرز في

ذهني. أتذكر الشعور الذي أحاط بها، الشعور القذر المريع المقزز الذي أحاط بها.

- لو أن لكِ ابنة في الحادية عشرة من عمرها وحدث لها شيء مماثل، ماذا كنت لتودين منها أن تفعل؟

- يا إلهي! لم أكن لأود منها أن تنتظر عامين حتى تقول شيئًا ما، هذا أكيد.

- ولمَ لا؟

- لأنني كنت لأود أن أستطيع مناقشة الأمر معها بدايةً، وأن أساعدها على فهم كل المشاعر التي تنتابها.

- وإن لم تخبرك؟

- سأظنها خائفة من إخباري. لست أدري ما سأظنه...

(كانت جين تحبس دموعها لكنها أرادت الاستمرار في المقابلة).

قلت: «أنتِ تذكرين أن طفولتك كانت سعيدة».

- بالتأكيد.

- أخبريني عن مرض فقدانك الشهية.

- أعتقد أنني كنت في نحو الخامسة عشرة. لم يسمه أحد *فقدان شهية (أناروكسيا)* إلا لاحقًا، عندما تطوَّر إلى شره مرضي. كنت أتخلص من وجبات غذائي ولم أرغب قط في تناول الإفطار. كنت نحيفة جدًّا. ولشد ما قلق أبواي.

- هل تعرفين ما كان يدور بخلدك؟

- أغلبه كان انعدام الثقة بشكل الجسم الذي يمر به جميع الفتيات المراهقات. لا أتذكر أني فكَّرت في أنني بدينة، لم أفعل قط. فكرت فقط في أنني سأحظى بشعبية أكبر إذا كنت أنحف. اعتمد تقديري لذاتي على ما إذا كان الناس يحبونني أم لا. أردت أن يحبني الجميع.

- تقدير الذات على ما أعتقد ينبع من شعور المرء بتقدير الوالدين.

- كنت أشعر أنني لو لم أحصِّل درجات ممتازة على الدوام فلن يحباني. لدي أخت كبرى كانت تحيل حياة أبويَّ جحيمًا في ذلك الوقت، وكانت

تحظى بكل الاهتمام. كانت أختي أيضًا تعاني اضطرابات نزفية، لذلك في صغري كان التركيز عليها كبيرًا. كانت تُحتجَز بالمستشفى، وظلوا وقتًا طويلًا معتقدين أنها مصابة بسرطان الدم.

- دعيني إذن أكرر هذا على مسامعك مرة أخرى. كنتِ طفلة تشعر أنها ما لم تحصل على درجات ممتازة فلن يحبها أبواها، تعرَّضَت لتحرش جنسي غير لائق في سن الحادية عشرة. شعرَت بالتقزز بسببه لكنها لم تخبر أبويها. وفي سن الخامسة عشرة أُصبتِ بمرض فقدان الشهية. وقد حظيتِ *بكل تأكيد بطفولة سعيدة. ما الخطأ في هذه الصورة؟*

ضحكت جين قائلة: «حسنًا، ذلك لأنني عندما أعود بالزمن لسنوات مراهقتي، لا أرى جحيمًا. لم تكن هكذا ببساطة. كانت اضطرابات الأكل قد بدأت للتو في توكيد نفسها».

- هل لاحظتِ أنك تتجنبين سؤالي؟
- ما الخطأ في تلك الصورة؟ لا تبدو لي تلك الطفولة سعيدة. ولكن لم يدُر بخاطري أني حظيت بطفولة تعسة.

استبعاد جين للذكريات الأكثر قتامة من طفولتها هو أمر معتاد. قارنت إحدى الدراسات تصورات مرضى التصلب المتعدد مع تصورات غير المصابين به. طُلب من المشاركين تقييم حياتهم المنزلية في مرحلة الطفولة، إما غير سعيدة وإما سعيدة إلى حد ما وإما سعيدة للغاية. قال أكثر من ثمانين بالمئة من كلتا المجموعتين إن حياتهم المنزلية كانت إما سعيدة إلى حد ما وإما سعيدة للغاية. يبدو أن الغالبية العظمى في كلتا المجموعتين، بنسب تكاد تكون متماثلة، يتذكرون نشأتهم في عالم مثالي. لكن عندما يتحدث الناس عن عواطفهم وحياتهم، كما فعلت جين هنا، نادرًا ما تظل مثل هذه الصور المثالية للطفولة سليمة.

قالت: «كان فقدان الشهية طريقتي في تفادي الإحساس بالمشاعر. ولكن بالنسبة إلى سبب تعاملي مع الأمر بهذه الطريقة، فلا أعرف».

- ربما رأيتِ والديك يعانيان مع أختك، وشعرت برغبة في حمايتهما. لقد توليتِ دور الراعي. ومن المحتمل أنك ما زلت تعتنين بالناس، حتى عندما لا تكونين واعية بذلك، والديك كانوا أو إخوتك أو زوجك.

- أو جميعهم. عندما كان زوجي يغضب أو يستاء، كان أول ما أفكر فيه هو كيف أُصلِح ذلك، حتى وإن لم يكن استياؤه وغضبه مني. كان تفكيرًا تلقائيًّا بالنسبة إليَّ. في الوقت الحالي أعمل على معالجة سرطان البروستاتا لديه. ألست ذكية؟[1]

- لن تنجحي في فعل ذلك. ولكن قد تُودين بنفسك إلى نوبة.

- ذلك هو ما حدث في العام الماضي، عندما شُخصتْ حالته لأول مرة. وأُصِبت بنوبة أخرى عندما مرضت حماتي ثم ماتت، كنت قلقة عليه لدرجة تناسيت معها أن أعتني بنفسي. لم أتناول طعامًا صحيًّا، ولم أنَل ما يكفي من الراحة. وما زلت أفعل ذلك مع والديَّ. أحميهما من كل أنواع الأشياء التي أخشى أن تؤذيهما إذا عرفا بها. لم أحدِّثهما قط عن مسألة اضطرابات الأكل بكل أبعادها. لا أخبرهما دائمًا عندما تصيبني نوبة التصلب المتعدد، أخفي الأمر لأنهما يقلقان كثيرًا.

في أغلب الأحيان، لا تراعي ذكريات البالغ عن حياته في عائلته الأصلية الثمن الخفي الذي تعيَّن على الطفل دفعه مقابل استحسان أبويه وقبولهما له. تقدِّم باميلا والين، الصحفية الكندية التي شُخصتْ إصابتها بسرطان الأمعاء في عام 2001، مثالًا صارخًا على ذلك في مذكراتها بعنوان «ما دمت تسأل». نرى في كتاباتها الفارق بين ذكريات البالغ والواقع العاطفي للطفل.

تحذِّر القارئ في البداية قائلة: «أحذرك الآن. ما يلي قد يُقرأ مثل قصة عن رحلة إلى إحدى البلدات، أو كدعاية مدفوعة الأجر لأسرتي، ولكن تلك هي الحقيقة على حد علمي. أشعر أنني عشت طفولة أقرب إلى الكمال».

من المستحيل إيجاد توافق بين تلك النظرة المثالية وبعض المشاهد التي وصفتْها بكل صراحة السيدة والين (المفوض السامي الكندي الحالي في نيويورك).

في إحدى الفقرات تذكر باميلا أنها كانت تتعرض لترهيب مزمن من قِبل أختها الكبرى. بلغ غيظها المكبوت بسبب ذلك حد الغليان لدرجة أنها ذات مرة جرحت ذراع أختها انتقامًا.

(1) أُجريت مقابلة مع إد، زوج جين، بخصوص سرطان البروستاتا خاصته. انظر الفصل الثامن. (المؤلف).

تقول: «ما زالت بوني تحمل الندبة على ذراعها من جرح أصبتها به عمدًا قبل يوم واحد من موعد مهم كانت سترتدي فيه فستانًا جديدًا بلا أكمام. واضطرت يومها إلى استعارة شال لإخفاء أثر انتقامي القبيح».

كتبت سيدة والين أنها حتى يومنا هذا تلوم بوني على زرع الخوف من الظلام فيها. فعندما أرادت بوني التخلُّص من باميلا كلما أتى صديقها للزيارة، كانت تطارد أختها الصغرى إلى حجرة النوم وتطفئ مفتاح الإضاءة وتصفق الباب.

تقول: «كانت تعلم جيدًا أنني سأكون مرعوبة من الوحوش الكامنة أسفل الفراش لدرجة تمنعني من شق طريقي عبر الغرفة في الظلام وإعادة تشغيل الإضاءة، كانت فعلتها تلك تضمن أنني سأظل مرتعدة بعيدًا عن طريقها لبقية الأمسية».

رُويتْ هذه القصة بلمسة من المرح.

يظهر هنا أحد أنواع «متلازمة الذاكرة الزائفة» بمسار معكوس: فعلى المستوى الواعي، غالبًا ما يتذكر الناس الأجزاء السعيدة فقط من الطفولة. وحتى إن تذكروا أحداثًا مزعجة، فإن الجوانب العاطفية لهذه الأحداث تظل مكبوتة. يتذكر البالغ حب الأبوين، وذلك منطقي، بيد أن شعور الطفل بغياب التفهم أو الدعم العاطفي لا يطفو بسهولة على الذاكرة. في حالة باميلا، غابت أي ذكرى لما تشعر به الطفلة المفتقدة لأمان الاعتراف لوالديها بالرعب والغيظ من سجنها المتكرر بمفردها في غرفة مظلمة. تأكد انعدام الأمان هذا من خلال واقعة أشد إيلامًا وقعت في فترة مراهقة باميلا، عندما طلبت مساعدة أمها وتدخلها بخصوص موقف مزعج في الفصل. كانت والدة باميلا معلمة في المدرسة التي التحقت بها بناتها.

قالت: «لم يحدث أن وبختني إلا في مرة واحدة. كان أحد معلمي المدرسة الابتدائية يداعب أثداءنا التي ما زالت بعد في طور النمو في أثناء الدرس، ورفضت أمي تصديق التهم التي وجهتُها إلى أحد زملائها المحترمين. قالت –وأظن أن ذلك يجسد العصر الذي عاشت فيه– إن عليَّ أن أشرح للفتيات الأخريات أن علينا الجلوس بطريقة لا تمكِّنه من ممارسة تحرشه غير المرغوب. فعلنا ذلك وانتظرنا ببساطة حلول نهاية العام حتى ننتقل إلى الصف التالي بعيدًا عن متناول يده... ولكن يبدو أننا جميعًا نجونا من التجربة بلا ندوب عاطفية».

تكمن المشكلة في عبارة «يبدو أننا نجونا»، فالندوب العاطفية غالبًا ما تكون خفية. لكن أيًّا كان نوع الندوب فهي أضعف وأقل مرونة من الأنسجة الأصلية: تظل مواقع محتملة للألم والتمزق في المستقبل، ما لم يُعترف بها وتحظَ بالرعاية.

الإشارة الوحيدة لعدم استماع أحد إليها وهي طفلة تكمن في ملاحظة غير مباشرة.

تقول: «غالبًا ما يجد الأطفال أن من المستحيل التحدث مع أبويهم بانفتاح».

لا شيء يصف الإحباط الذي يحسه الطفل عندما لا يعرف الكِبار المقربون كيف يستمعون إليه. تُصر باميلا بصفة عامة على أنها ليس لديها «شياطين داخلية تطاردها»، وهي ملاحظة تجسد إنكار القلق والغضب والعواطف السلبية التي تفيد بها الدراسات التي أُجريت على مرضى السرطان باستمرار.

***

التجاهل -عن طريق أحلام اليقظة على سبيل المثال- يتيح للطفل تحمل التجارب التي قد تثير ردود أفعال من شأنها أن تضعه في مأزق إن لم يتجاهلها. يحدث هذا النوع من الانفصال عندما يحتفظ الشخص بذكرى واعية لأحداث الماضي ولكن من دون صدى الصدمة العاطفي. وهو ما يفسر العديد من «الطفولات السعيدة»، التي تصر أيريس المصابة بالذئبة الحمراء على أنها حظيت بها، على الرغم من استبداد والدها والغياب العاطفي لوالدتها.

قالت: «كان والدي قليل التحكم في أعصابه، وعندما يغضب لا تعرف أبدًا ما سيحدث. قد تتطاير الصحون، قد يتعرض أحدنا للركل».

قلت: «هل تعرضتِ للركل؟».

- مطلقًا. كنت المفضلة لدى أبي.

- كيف وصلتِ إلى تلك المنزلة؟

- *اختفيت*. لقد طوَّرت تلك المهارة في وقت مبكر من حياتي.

- هل تذكرين شعورك بالتعاسة عندما كنتِ طفلة؟

- تعاسة؟ لا.

- هل يمكن لطفل في هذه الظروف ألا يشعر بالحزن أو التعاسة لأي سبب؟

- بل يصيبك الخدر في العادة.

- إذن أنتِ لا تعرفين يقينًا ما إن كنتِ شعرتِ بالتعاسة أو الحزن لأن تلك المشاعر كانت مخدَّرة.

- هذا صحيح. لا أتذكر أجزاء كبيرة من طفولتي.

- ما الذي قد يدفع طفلًا إلى تخدير مشاعره؟ لماذا عجزتِ عن الذهاب إلى أحدهم ومحادثته في الأمر ببساطة؟ ماذا عن أمك؟

- حسنًا، لا، لم أستطع محادثة أمي، أولًا لأنني لم أرِد لها أن تعرف أنني كنت تعيسة. وثانيًا، لأنها لم تكن حاضرة حقًّا ككيان منفصل عن والدي. كانت شخصًا محايدًا.

الأطفال حصيلتهم اللغوية جد فقيرة. وقد كنت مخدَّرة، ولكن على الجانب الآخر كنت سعيدة تمامًا في خدري.

- أوه؟

- لعبتُ بالدمى، حسنًا، دعك من هذا، أقصد أنني مضغتُ الدمى!

- ماذا تعنين بمضغ الدمى؟

- كانت مصنوعة من البلاستيك، وكنت أمضغ أصابع يديها وقدميها!

- كنتِ تشوهينها، في غيظك المكبوت. فكِّري في هذا، متى يحتاج المرء إلى التخدير؟

- عندما يتألم...

- عندما تصابين بخدرٍ كافٍ قد تتخيَّلين في نهاية المطاف أنكِ سعيدة. أنتِ لست سعيدة إلا لأنك خدرتِ جزءًا كبيرًا من واقعك. مما يعني أنك لا تعيشين الحياة بأكملها مطلقًا.

- أتفق.

***

وأخيرًا أعود إلى دارلين، سمسارة التأمين التي شُخصتْ بسرطان المبيض بالصدفة، في أثناء أحد فحوصات العقم. لا شيء في تاريخها يمكن وصفه بأنه مؤلم بأي شكل. التجربة السلبية الوحيدة في حياتها، حسب روايتها، كانت إصابتها بسرطان المبيض وتكرار حدوثه المفاجئ على الرغم من التشخيص والعلاج في مرحلة مبكرة جدًّا. قالت إن توقُّع سير المرض المبدئي كان «مبهجًا» وتكرار حدوثه كان «مهلِكًا».

قالت: «لطالما أردتُ أن تكون حياتي ملكَ يديَّ، ولطالما اعتنيتُ بنفسي. كنت آكل جيدًا وأمارس الرياضة، لياقتي ممتازة. لم تكن لدي عادات سيئة قط».

كان عامل الخطر الوحيد الذي عانته هو العقم. تصف دارلين حياتها بعبارات تبدو لمسامعي أفضل مما يمكن تصديقه. طوال طفولتها لا يسعها تذكُّر ولو حادث واحد غير سعيد، ولا لحظة واحدة من الخوف أو الغضب أو القلق أو الحزن.

قالت: «إنني الكُبرى بين ثلاث فتيات. ثلاثتنا مقرَّبات بشكل لا يُصدَّق، وكذلك أمي وأبي، اللذان ما زالا يتمتعان بصحة جيدة. علاوة على ذلك، أنا وعائلة زوجي مقربون للغاية. لقد أنعم الله عليَّ بالعائلة، وأنعم عليَّ أيضًا بأصدقاء صالحين حقًّا، بعضهم صادقتُه منذ كنت في الخامسة من عمري. كان أصدقائي وعائلتي مصدر إلهام وفير. أعتقد أنني كنت محظوظة بشدة في ذلك الصدد».

(أُزيل مبيض دارلين الأيمن المصاب بالسرطان في عام 1991، واحتفظتْ بمبيضها الأيسر، على أمل أن تحمل في المستقبل. وقد نجحت في الحمل بالفعل بعد عام).

قالت: «جميعنا نتحدث عن فترة الخمس سنوات تلك[1]، وقد نجحتُ في اجتيازها. كانت قد مرت نحو خمس سنوات ونصف منذ استئصال المبيض، وكان ابني في الرابعة، عندما أصابني ما اعتبرتُه أعراضًا حميدة للغاية، كنت متعَبة، وفقدتُ بعض الوزن، خمسة أرطال لا أكثر. كان لدي طفل صغير وحياة مهنية ومنزل حافل بالمشاغل. كان أسفل ظهري يؤلمني، ولكنني مرة

---

(1) خلصت الدراسات التي أُجريت في هذا الصدد إلى أن مرضى السرطان الذين يعيشون لأكثر من خمس سنوات بعد التشخيص ترتفع احتمالية شفائهم التام من السرطان، وأُطلق على تلك الفترة The Five-Year Mark، والتي يزداد بعدها معدل النجاة. (المترجمة).

أخرى ظننتُ أن هذا بسبب معاناتي مع طفل صغير أحاول إدخاله في ملابسه وإخراجه منها. عندما شُخصتُ مجددًا في عام 1996، وانتشر المرض، كنا محطَّمين دون ريب، وكان التشخيص مختلفًا أشد الاختلاف هذه المرة، مع انتشار المرض إلى المبيض الآخر والرحم ومناطق أخرى في أسفل البطن».

- يخامرني فضول، بالنظر إلى ماضيكِ السابق مع سرطان المبيض، لماذا لم تنبهكِ هذه الأعراض في وقتٍ أبكر؟ ما الذي كنتِ ستنصحين به صديقة لديها ماضيكِ وأعراضكِ؟

- أوه، حسنًا. عندما يتعلق الأمر بصديقاتي، فلو كانت إحداهن تعاني ظفرًا منغرسًا في اللحم أرسلُها إلى طبيب أمراض النساء.

- هذا الاختلاف في طريقة معاملتك لنفسك وطريقة معاملتك للآخرين هو أحد الأدلة التي أعطيتِني إياها على أن شيئًا في حياتك لم يكن كما تصورتِه. وأعطيتني دليلًا آخر عندما قلتِ: «أعتقد أنني كنت محظوظة بشدة» في وصفك لعلاقاتك. كلمة *أعتقد* بالنسبة إليَّ تشير إلى عدم اليقين، إنها تعكس جدالًا داخليًّا. ربما ما تعتقدينه ليس هو ما تشعرين به، وإلا لكنتِ أكدتِ ببساطة أنك تشعرين أنك محظوظة.

لاحظتُ أيضًا أنك تبتسمين عند حديثك عن آلامك وأوجاعك، كما لو أنكِ تحاولين تخفيف أثر كلماتك. كيف عساكِ تعلَّمتِ فعل ذلك ولماذا؟ أرى طوال الوقت رد فعل الابتسام لدى أناس يتحدثون عن الألم الجسدي أو عن الأحداث أو الحوادث أو الأفكار المؤلمة. ومع ذلك فإن الأطفال حينما يولَدون، لا يملكون القدرة على إخفاء المشاعر البتة. إذا كان الرضيع غير مرتاح أو غير سعيد، فسوف يبكي، يظهِر حزنه، يظهِر غضبه. إن أي شيء نفعله لإخفاء الألم أو الحزن هو استجابة مكتسبة. قد يكون منطقيًّا أن نخفي العواطف السلبية في بعض الظروف، غير أن الكثير منا يفعلون ذلك طوال الوقت، ويفعلونه تلقائيًّا.

بطريقة ما تدرب الناس –البعض أكثر من غيرهم– على الاعتناء دون قصد بالاحتياجات العاطفية للآخرين وتقليص احتياجاتهم الخاصة. إنهم يخفون آلامهم وأحزانهم، حتى عن أنفسهم.

استمعت دارلين بتمعن. لم تتفق ولم تعترض.

قالت: «إنه منظور مثير للاهتمام. ينبغي لنا بالتأكيد طرحه في مجموعة دعم سرطان المبيض الخاصة بي. لا أدري كيف أجيب عن ذلك الآن، ولا أظنك تحتاج بالفعل إلى إجابة فورية. إنه أمر ملهم وباعث على التأمل حقًّا. أشكرك على هذا».

إن تطوير شجاعة التفكير بسلبية يتيح لنا النظر إلى أنفسنا كما نحن بالفعل. يوجد تطابق ملحوظ في أساليب التكيف لدى الناس في عديد من الأمراض التي تناولناها: قمع الغضب وإنكار الهشاشة و«فرط الاستقلالية التعويضي». لا أحد يختار هذه السمات عمدًا أو يطوِّرها عن وعي. يساعدنا التفكير السلبي على فهم ظروف حياتنا بدقة وكيف شكَّلتْ تصوراتنا عن بيئتنا هذه السمات. صُنفتْ العلاقات الأسرية المستنزِفة عاطفيًّا كعوامل خطر في كل فئات الأمراض الرئيسة تقريبًا، من الاضطرابات العصبية التنكسية إلى السرطان وأمراض المناعة الذاتية. ليس الغرض إلقاء اللوم على الآباء أو الأجيال السابقة أو شركاء الحياة، وإنما تمكيننا من نبذ المعتقدات التي ثبت أنها تشكل خطورة على صحتنا.

تتطلب «قوة التفكير السلبي» إزالة النظارات ذات العدسات الوردية. والأهم من ذلك ألا يلوم المرء غيره بل يتحمل المسؤولية عن علاقاته.

ليس بالأمر الهين أن نطلب ممن شُخصوا حديثًا بأحد الأمراض أن يبدؤوا إعمال الفِكر في علاقاتهم كوسيلة لفهم مرضهم. بالنسبة إلى غير المعتادين التعبير عن مشاعرهم وغير المعتادين تمييز احتياجاتهم العاطفية، يصعب لأقصى حد إيجاد الثقة والكلمات للتواصل مع أحبائهم بتعاطف وحزم في الوقت ذاته. وتزداد الصعوبة أكثر بعد أن قد صاروا أضعف وأشد اعتمادًا من أي وقت مضى على الآخرين لنيل الدعم.

لا توجد إجابة سهلة لهذه المعضلة، ولكن تركها عالقة سيواصل استحضار مصادر مستمرة للضغط النفسي، والذي سيولِّد بدوره مزيدًا من المرض. مهما كان ما يحاول المريض فعله من أجل نفسه، فلن يسعه تخفيف العبء النفسي الذي يحمله دون تقييم واضح ورحيم لأهم العلاقات في حياته.

إن مسبب الضغط كما نرى ليس هو توقعات الآخرين ونياتهم وإنما ما نتصوره عنهم. فقد داهمت النوبة جين، مريضة التصلب المتعدد، عندما قلقت

بشأن سرطان البروستاتا الذي أصاب زوجها وافترضت أنها مسؤولة عن البحث عن الرعاية الطبية المناسبة. وكان إد مستاءً من «سيطرة» جين عليه لكنه لم يستطع إيصال مشاعره لها. اعتقاد جين بأن عليها أن تكون مسؤولة عن إد –واعتقاد إد أنها تريد السيطرة عليه– كانت تصورات مبنية على قوالب العلاقات التي تشكَّلت لدى كل منهما عندما كان طفلًا.

كتب هانز سيلي: «تنبع أغلب التوترات والإحباطات لدينا من الاحتياج القهري للعب دور ليس دورنا».

تتطلب قوة التفكير السلبي الشجاعة لتقبل أننا لسنا أقوياء كما يروق لنا أن نعتقد. لقد صُنعت صورتنا الذاتية القوية العنيدة لتخفي ضعفًا – الضعف النسبي للطفل. هشاشتنا ليست بالشيء الذي يجب أن نخجل منه. يمكن للمرء أن يكون قويًّا ويظل بحاجة إلى المساعدة، يمكن للمرء أن يكون قويًّا في بعض نواحي الحياة وعاجزًا ومرتبكًا في نواحٍ أخرى. لا يمكننا فعل كل ما نعتقد أن باستطاعتنا فعله. ومثلما أدرك العديد ممن أصيبوا بأمراض، بعد فوات الأوان أحيانًا، فإن محاولة الارتقاء إلى مستوى الصورة الذاتية للقوة والحصانة قد ولَّدت ضغطًا نفسيًّا وعطلت انسجامهم الداخلي. «يمكنني التعامل مع أي شيء» هكذا وصف دون المصاب بسرطان الأمعاء شعاره الذي تبنَّاه قبل المرض. «لم أستطع محاولة مساعدة جميع النساء المصابات بسرطان المبيض، ولم أستطع قراءة كل رسالة أتلقَّاها لأن ذلك كان يمزقني» هكذا أدركت جيلدا رادنر بعد أن عاودها المرض.

إذا تعلمنا التفكير بسلبية، سنتوقف عن تقليص عواطف الفقد لدينا. مرات عديدة خلال المقابلات التي أُجريت من أجل هذا الكتاب، وصف الناس جروحهم وضغوطهم النفسية بكلمات وعبارات مثل «قليلًا فقط» أو «ربما» أو «يُحتمل». لعل القارئ يتذكر فيرونيك المصابة بالتصلب المتعدد، والتي استخفَّت الضغوط المتراكمة من انفصالها عن صديق مدمن للكحول وعوزها المالي وغيره من أحداث الحياة الصعبة واصفة إياها بأنها «لم تكن أمورًا سيئة بالضرورة».

هل أعيش حياتي وفقًا لماهيتي الداخلية أم لتحقيق توقعات شخص آخر؟ كم مما آمنتُ به وفعلتُه كان نابعًا مني حقًّا وكم منه كان في خدمة الصورة

الذاتية التي صنعتها في الأصل اعتقادًا بأنها ضرورية لإسعاد والديَّ؟ ماجدة، التي عانت آلامًا شديدة في البطن، أصبحت طبيبة على عكس ميولها، ليس لأن أمها وأباها طالباها بذلك صراحةً أو حتى طلباه، لكن لأنها جعلت معتقداتهما هي نفسها معتقداتها الخاصة. وقد فعلت ذلك قبل وقت طويل من بلوغها العمر الكافي لتقرر ما تريد فعله في حياتها. كتب دينيس كاي، وهو يحتضر بسبب مرض التصلب الجانبي الضموري: «كانت جميع إنجازاتي تقريبًا مرتبطة بشكلٍ أو بآخر ليس بتطلعاتي، وإنما بتطلعات أبي».

كتبت السيدة الأولى السابقة للولايات المتحدة بيتي فورد: «لست نصف ما كانت عليه أمي. كانت أمي امرأة رائعة وقوية ولطيفة وذات مبادئ، لم تخذلني قط. كانت أيضًا إحدى السعاة إلى الكمال، وحاولت أن تغرس فينا نحن الأطفال حب الكمال». كان من شأن شجاعة التفكير بسلبية أن تسمح للسيدة فورد بأن تسأل نفسها عن مدى روعة محاولة «غرس» حب الكمال في الطفل. لو كانت بيتي مسلَّحة ببعض التفكير السلبي، لرفضتْ معايير الكمال المستحيلة تلك، بدلًا من الهرب من انتقادها لذاتها إلى إدمان الكحول وحياة كاملة من الضغط النفسي الذي بلغ ذروته بإصابتها بسرطان الثدي. لربما قالت بسعادة: «لست نصف ما كانت عليه أمي، ولا أريد حتى أن أكون ربع ما كانت عليه. أريد فقط أن أكون نفسي».

شعرت لورا، مريضة التصلب الجانبي الضموري، بالذنب لأنها لم ترغب في استقبال ضيوف المبيت والإفطار بينما كانت مدبرة نزلها في إجازة. أخذت على عاتقها مهمة الاستضافة لأن خوفها من الذنب كان أكبر من خوفها من ضغوط رعاية الضيوف وهي معاقة.

يقول إد المصاب بسرطان البروستاتا: «أحاول مساعدة الناس طوال الوقت. وإن لم أفعل؟ أشعر بالسوء حيال ذلك. أشعر بالذنب». *يُعتبَر الشعور بالذنب بالنسبة إلى الكثيرين علامة على اختيارهم فعل شيء ما لأنفسهم.* أحذِّر معظم المصابين بأمراض خطيرة من احتمالية وجود شيء ما غير متوازن إذا كانوا لا يشعرون بالذنب. فذلك يعني أنهم لا يزالون يضعون احتياجاتهم وعواطفهم واهتماماتهم في المرتبة الأخيرة. من شأن قوة التفكير السلبي أن تسمح للناس *بالترحيب* بشعورهم بالذنب بدلًا من ردعه. يمكن لإد

أن يقول: «هل أشعر بالذنب؟ رائع. الشكر لله! هذا يعني أنني لا بد فعلت شيئًا صحيحًا وتصرفت بالأصالة عن نفسي على سبيل التغيير».

«المشكلة تكمن في عامل السيطرة». هكذا يصف إد قلق زوجته الأمومي عليه. «أشعر بالسخط» وكيف تعامل مع الأمر؟ «أخفيه». كان من شأن قوة التفكير السلبي أن تتيح لإد تقبل مشاعر الذنب المصاحبة لتوكيد ذاته أمام تدخل زوجته في قراراته الشخصية، بغض النظر عن حسن نياتها.

قال لي أحد المعالجين النفسيين ذات مرة: «إذا واجهتَ الاختيار بين الشعور بالذنب والسخط، فاختر الشعور بالذنب في كل مرة». إنها حكمة مررتُها إلى الكثير من الآخرين منذ ذلك الحين. إذا كان الرفض يثقل كاهلك بالذنب، بينما تترك الموافقة سخطًا في أعقابها، فاختر الذنب. السخط هو انتحار للروح.

يسمح لنا التفكير السلبي بالنظر دون وجل فيما لا يناسبنا بالأصالة عن أنفسنا. لقد رأينا في دراسة تلو أخرى أن أصحاب التفكير الإيجابي القهري أكثر عرضة للإصابة بالمرض وأقل عرضة للنجاة. أما التفكير الإيجابي الحق –أو بتعبير أعمق: *الوجود الإيجابي*– فيُمكّننا من معرفة أن الحقيقة لا تحمل شيئًا نخشاه.

كتب باحث الجزيئات كانديس بيرت: «الصحة ليست مجرد مسألة التفكير في أفكار سعيدة. أحيانًا يمكن لدفعة الشفاء الكبرى أن تأتي من تنشيط جهاز المناعة بانفجار للغضب المكبوت منذ أمدٍ طويل».

إن الغضب، أو عيشه بطريقة صحية، هو أحد مبادئ الشفاء السبعة. يعالج كل واحد من المبادئ السبعة أحدَ المعتقدات الداخلية المتأصلة التي تهيئ الجسم للمرض وتقوِّض الشفاء. نلقي نظرة عليها في الفصل الأخير.



19

مبادئ الشفاء السبعة

إن نشأة سرطان الجلد الخبيث وقدرة الجسم على النجاة كلاهما يعتمد على الجهاز المناعي. على الرغم من توقعات الموت المحتمَلة إثر مضاعفات هذا المرض، سُجِّلتْ العديد من حالات الشفاء التلقائي منه، والتي فيها يختفي السرطان دون علاج طبي. وعلى الرغم من أن سرطان الجلد الخبيث يمثل 1 بالمئة فقط من جميع أنواع السرطان، فإنه يمثل أيضًا 11 بالمئة من حالات الشفاء التلقائي من السرطان.

ذكرت صحيفة «كانسر» حالة شفاء تلقائي لرجل يبلغ من العمر أربعة وسبعين عامًا. عُثر على سرطانه في إحدى الشامات المريبة التي أزيلت من صدره في عام 1965، ثم عاوده المرض بعد سبع سنوات، على صدره مجددًا، في صورة العديد من الشامات الصغيرة. نجمت الإصابات الجديدة عن انتشار موضعي لسرطان الجلد الأصلي. ولكن هذه المرة رفض المريض تلقِّي أي علاج إضافي. في زيارة لمتابعة المرض بعد ثمانية أشهر تبين أن الأورام الصغيرة التي تناثرت في المنطقة صارت أكثر تسطحًا وأخف لونًا. سمح المريض بإجراء خزعة صغيرة، وُجد في المنطقة تصبغ ولكن لم يكن ثمة أثر للسرطان. وفي العام التالي ظهرت علامات سريرية أخرى للشفاء.

ثم ألقت الاكتشافات المناعية ضوءًا على العملية. حدثت ثلاثة أشياء: أولًا هاجمت الخلايا الليمفاوية الورم، وبعد ذلك ساعدت خلايا أكبر حجمًا تسمى الخلايا الضامة حرفيًّا في تآكل الورم الميلانيني، وأخيرًا تدفقت الأجسام المضادة التي ساهمت هي الأخرى في تدمير الورم الخبيث. لقد حشد جسد هذا الرجل موارد مناعية هائلة لهزيمة السرطان.

يثير الشفاء التلقائي سؤالين مهمين: لماذا لا تكون مثل هذه الموارد لدى بعض الناس قوية بما يكفي لتدمير الخلايا السرطانية من البداية قبل التطور السريري للميلانوما؟ وما الذي يمكِّن الجهاز المناعي لدى بعض الناس من التغلب على هذا السرطان الذي غالبًا ما يكون مميتًا حتى بعد ظهوره؟

لقد طرحنا هذين السؤالين نفسهما بخصوص النتائج التي تختلف بشدة من شخص لآخر ممن أُصيبوا بأمراض أخرى، على الرغم من أوجه التشابه الواضحة بين الأمراض المعنية.

في سلسلة من ثلاث دراسات، درس الباحثون في سان فرانسيسكو نمط العواطف السلبية المكبوتة لدى مرضى سرطان الجلد من النوع «ج». خلال متابعة استمرت ثمانية عشر شهرًا، وجدوا ارتباطًا قويًّا بين القمع واحتمالية الانتكاس أو الوفاة. إن الخلايا القاتلة الطبيعية هي المسؤولة عن مهاجمة الخلايا الغريبة، ومن ثم تُعد أحد خطوط الدفاع ضد السرطان. تتمتع الخلايا القاتلة الطبيعية بقدرة مبرهنة على هضم الأورام الميلانينية. وكما هو الحال في سرطان الثدي، تصبح هذه الخلايا أقل نشاطًا لدى الأفراد الذين يعانون القمع العاطفي.

فحصت إحدى الدراسات سُمك سرطان الجلد الأصلي وفقًا للشخصية. يتناسب سُمك السرطان في الخزعة الأولى بتوقعات سير المرض: فكلما كانت الخلايا أكثر سمكًا، كانت التوقعات غير مبشِّرة. وقد وُجد أن الدرجات الأعلى على مقياس التكيف من النوع «ج»، ترتبط بخلايا سرطانية أكثر سُمكًا. «يتسم نمط التكيف من النوع «ج» في الميلانوما بتقبل المرضى إصابتهم بالسرطان، والاهتمام بأفراد الأسرة أكثر من اهتمامهم بأنفسهم، ومحاولة عدم التفكير في المرض، والتكيف من خلال المثابرة ومحاولة البقاء منشغلين،

وكبت المشاعر بداخلهم، والظهور بمظهر القوي القادر على التعامل مع الأمور».

أكدت اكتشافات سان فرانسيسكو الاستنتاجات التي خلصت إليها دراسة سابقة عام 1979 من أن مرضى سرطان الجلد الذين واجهوا صعوبة أكبر في التأقلم مع التشخيص –بتعبير آخر، أولئك الذين كانت استجاباتهم أقل تقبلًا واستسلامًا– كانوا أقل عرضة للانتكاس.

أشارت دراسة تجريبية أجراها الطبيب النفسي إف فوزي بكلية الطب في جامعة كاليفورنيا إلى أنه حتى الدعم النفسي البدائي يمكن أن يحدِث فرقًا. سُجل 34 شخصًا مصابين بسرطان الجلد المماثل في مرحلته الأولى في شقَّي الدراسة التجريبي والمقارن. «كان تدخل فوزي ضئيلًا للغاية. تمثَّل في ست جلسات جماعية منظمة لا أكثر على مدى فترة بلغت ستة أسابيع، واستمرت كل جلسة لمدة ساعة ونصف. قدمت الاجتماعات (1) التثقيف حول سرطان الجلد ونصائح غذائية أساسية. (2) أساليب التحكم في الضغط النفسي. (3) تعزيز مهارات التكيف. (4) الدعم النفسي من فريق الدراسة ومن أعضاء المجموعة الآخرين». بعد ست سنوات، مات عشرة من أصل أربعة وثلاثين مريضًا من المجموعة التي لم تتلقَ دعمًا نفسيًّا، وعاد المرض لثلاثة آخرين. أما في المجموعة التي حصلت على الدعم، فقد مات ثلاثة فقط من بين الأربعة وثلاثين، فيما عانى أربعة عودة المرض. وفي وقت سابق من الدراسة، ثبت تحسن وظيفة المناعة بين المرضى في المجموعة التي حصلت على الدعم.

***

من المنطقي أن يعزِّز مرضى سرطان الجلد وأنواع السرطان الأخرى قدرتهم على إبطال العملية الخبيثة إذا سوعدوا في فهم أنفسهم وفي أن يصبحوا أكثر تقبلًا لأنفسهم وأشد حزمًا في أساليب التكيف العاطفية. توقِن هارييت، الكاتبة التي تبلغ من العمر خمسين عامًا، بأن قرارها بمكافحة السرطان بطريقتها الخاصة، بما في ذلك خضوعها للعلاج النفسي المكثف، هو المسؤول عن شفاء الميلانوما الخبيثة التي أصابت ساقها اليمنى.

قالت: «لم أثق في الأطباء كثيرًا. أجريتُ بعض البحث ووجدت هذه العيادة البديلة في تيجوانا. كانوا يعالجون سرطان الجلد باعتباره حالة تشمل الجسم بأكمله، وذلك أول ما أعجبني. إجراء جراحة في ساقي من دون أي متابعات أخرى لم يبدُ صحيحًا بالنسبة إليَّ. ذهبتُ إلى المكسيك، وقد عالجوني بسلسلة كاملة من الأشياء، بما فيها لقاح ونظام غذائي ومنشطات وبعض اللصقات العشبية التي يستخدمونها لإخراج السرطان من الساق. كنت أعود مرة كل شهر، ثم كل ثلاثة أشهر ثم ستة أشهر، لكني بدأت أدرك وجود شيء خاطئ في طريقة تعاملي مع المسألة. بادئ ذي بدء، لم يكن لدي طبيب في كندا. لقد قاومت سلطة الأطباء، لكني هنا كنت أتقبل العلاج من الأطباء في المكسيك. فكرتُ في أن حريًّا بي على الأقل أن أحصل على طبيب، وكان ذلك في الواقع عندما التقيت بك. لم تكن تعرفني مُطلقًا، ولكن بمجرد أن ذكرت لك سرطان الجلد قلت: «تدرين أن لمرضى سرطان الجلد سمات نفسية، أليس كذلك؟». لم يذكر أحد ذلك لي قط، ولكن عندما وصفتَ لي الصورة وجدتُها تنطبق عليَّ تمامًا. لقد أخبرتني أيضًا أن عليَّ إجراء الجراحة وأن باستطاعتك ترتيبها، لكن هذه الجراحة في حد ذاتها قد لا تساعد إلا إذا تعاملت أيضًا مع عدم قدرتي على الإحساس بمشاعري الخاصة ومع كل المشكلات الأخرى. وهكذا خضعتُ للعلاج لمدة ستة أشهر. كان شديد الكثافة. بعدها خضعت للجراحة. صُدم جراح التجميل لرؤيتي، لأنه أخبرني أن الخزعة التي أخذها في الأصل أظهرت أنني مصابة بسرطان جلدي خبيث منتشر، متقدم للغاية، وعميق للغاية. لقد توقع الأسوأ. ومع ذلك، عندما أجرى الجراحة، وجد أنه مجرد نسيج متصبغ غريب لكنه لم يعد سرطانًا جلديًّا».

تساءلتُ عما إن كان العلاج الذي تلقَّته هارييت في المكسيك هو ما أحدث الفارق أم جلسات العلاج النفسي التي خضعتْ لها. على الرغم من أنني لم أكن على دراية بتفاصيل نظام الطب في المكسيك، فمن المحتمل أنه اشتمل على لقاح BCG المحفِّز لجهاز المناعة، وهو نهج نجح استخدامه في بعض الحالات ضد سرطان الجلد. وتعتقد هارييت أن الفارق حدث بسبب مزيج من كل شيء.

قالت: «أعتقد أن العلاج في المكسيك كان ناجعًا، لكن الورم ظل يوخزني، وظللت أشعر به موجودًا، وخز وتصبغ أسفل الجلد».

قلت: «وما الذي اكتشفتِه في العلاج النفسي؟».

- كان عليَّ أن أعود إلى البداية. ماتت أمي عندما كنت طفلة صغيرة. كنت الوسطى بين ثلاث أخوات دون الرابعة من العمر، ترتدي اثنتان منا الحفاضات. كانت أختي الصغرى تبلغ ثمانية أشهر فقط وتعاني مغصًا شديدًا مزمنًا. لم تحظَ أيٌّ منا بالكثير من الاهتمام، غير أن الاهتمام القليل الموجود كان من نصيب أختي. كنا نتنقل من مكان إلى آخر، بحُكم عمل أبي بائعًا متجولًا. وفي غضون عام تزوج من أخرى تشبه أمي كثيرًا. كانت ساحرة الغرب الشريرة. كانت لديها مشكلاتها الخاصة. كانت مريعة في تعاملها معنا. وأخيرًا، أرسلتنا بعيدًا إلى دير فرنسي كندي.

لم تحب الأطفال، كانت الكبرى بين أربعة عشر طفلًا وربَّت جميع إخوتها وأخواتها الصغار. لم تطِق صبرًا على ترك ذلك المنزل. ترقت لتصبح سكرتيرة في السفارة الكندية في كوستاريكا. كانت امرأة بالغة الذكاء، لكنها أصبحت عانسًا في سن الثالثة والثلاثين. ويبدو أن والدي كان قد تقدَّم للزواج بكل امرأة موجودة في المجتمع الناطق باللغة الإنجليزية في كوستاريكا في غضون عام بعد وفاة أمي، وقد رفضن جميعهن. هي وافقت. لم تكن تريد أطفالًا، لم تحب الأطفال، بيد أن ذلك كان اتفاقها مع الشيطان، أما عن أبي، فلم يبقَ في المنزل سوى اثنين وخمسين يومًا من السنة الأولى من زواجهما. ها هي ذي مع ثلاث فتيات صغيرات مصابات كلهن بأمراض مُعدية، حيث توضَع الواحدة تلو الأخرى في الحِجر الصحي. أتفهَّم موقفها من الأمر بكل تأكيد.

أذكر نَسخي للقصائد الفرنسية وتركي إياها خارج باب الحمام عندما كانت تستحم. لم تستجب لها قط. لم تعترف بها قط.

- كنتِ إذن تحاولين جاهدة إنشاء علاقة معها.

- نعم، ولم يفلح ذلك قط، كانت أختاي مرعوبتين منها. كانت تغلق على نفسها في غرفة نومها وتتركنا مع الخادمات. أتذكر عندما كنا نحتاج

إلى شيء ما –وهذا مشهد حدث مرارًا– كنا نتسلل ثلاثتنا إلى باب غرفة نومها ونبدأ في محاولة قول: «مــ...». وفي النهاية بعد الوقوف هناك لعشرين دقيقة أو أيًّا كانت المدة وعدم امتلاك أي منا الشجاعة لقول «ماما» كنا نتسلل عائدات مرة أخرى.

كنا نشعر أننا لا نستطيع طلب أي شيء. هذا ما تعلمتُه. تعلمتُ ألا أحتاج أو أريد، ألا أطلب لأن ما أرغب فيه ليس هنالك، وعندما أطلب، أتعرض للسخرية.

إحدى ذكرياتي الأولى كانت في سن الثالثة أو الرابعة أو نحو ذلك، جلست مرتدية فستانًا وألعب بدمية وحدي. كان اللعب لا بأس به، ولكن ملأني إحساس بفقدان الصلة. لم يكن من أحدٍ في الجوار، كنت معزولة تمامًا. كان الوضع آمنًا، لكنني لم أحس بالسعادة، كل ما أحسست به هو أنني اكتشفت كيف أحمي نفسي.

- بأن تكوني وحيدة.
- بأن أكون وحيدة ونعم... ألَّا أشعر بصلة تربطني بأحد. ثمة شذرات أخرى تظهر. لوقت طويل راودني مشهد الاستلقاء فيما شعرت بأنه سُحُب، كنت في فراش من السُّحُب والسماء فوقي رمادية بلا ألوان وسكبتْ عليَّ الشمس أحد أشعتها، لكنه كان باردًا. الشعور بالوحدة المطبقة حقًّا، لدرجة أن حتى هذا الشعاع الذي قد يمثِّل الحب لم يكن كذلك. رأيتُ أن تعلُّم ألا أشعر هو ما يجب أن أفعله من أجل النجاة.

هذه التجارب –أو الاستنتاجات التي استخلصتها هارييت منها– تركتْها معزولة في الحياة، أو في العلاقات التي شعرت أنها استنزفتها أكثر مما رعتها. كان علاجها النفسي المكثف يستهدف تطوير الكفاءة العاطفية. الكفاءة العاطفية هي القدرة التي تمكِّننا من البقاء في علاقة مسؤولة، بلا تضحية أو أذى للذات، مع بيئتنا[1]. إنها اللبنة الداخلية اللازمة لمواجهة ضغوط الحياة الحتمية، ولتلافي خلق ضغوط غير ضرورية، وللمضي قدمًا في عملية الشفاء. قلة منَّا هم من يصلون إلى سن الرشد مع أي شيء قريب

(1) انظر الفصل الثالث. (المؤلف).

من الكفاءة العاطفية الكاملة. وعِلمنا بافتقارنا لها ليس سببًا للحكم على الذات، وإنما هو دعوة لمزيد من التطور والتحول.

وسوف يساعدنا انتهاج مبادئ الشفاء السبعة على بناء الكفاءة العاطفية.

1. القبول

القبول هو ببساطة الجاهزية لإدراك وتقبل الطريقة التي تسير بها الأمور. إنه شجاعة أن نسمح للتفكير السلبي بإنارة فهمنا، من دون أن نتيح له الهيمنة على نهجنا في المستقبل. لا يستلزم القبول أن نستسلم لاستمرار الظروف التي تزعجنا، لكنه يتطلب أن نرفض إنكارنا الطريقة عينها التي تحدث بها تلك الأمور في اللحظة الراهنة. إنه يتحدى الاعتقاد المتأصل لدينا بأننا غير جديرين أو «صالحين» كفاية لنصبح مكتملين.

ويتضمن القبول أيضًا وجود علاقة متعاطفة مع الذات. إنه يعني التخلص من المعايير المزدوجة التي غالبًا ما تلوِّن علاقتنا بالعالم كما رأينا.

رأيتُ في عملي طبيبًا الكثير من المعاناة الإنسانية. قد يكون من العبث أن أحاول اختيار مريض عانى بطرق أكثر من أي من الآخرين. ومع ذلك إن كان لي أن أقوم بهذا الاختيار، فإني أعرف على الفور أي مريضة ستكون. لم ترِد قصتها مطلقًا في أي من فصول هذا الكتاب، كانت أمراضها لتضعها في كل فصل تقريبًا. سأدعوها كورين. إنها في أوائل الخمسين من عمرها وشُخِّصتْ بالأمراض التالية: داء السكري من النوع الثاني، والسمنة المرَضية، ومتلازمة القولون العصبي، والاكتئاب، ومرض الشريان التاجي مع الإصابة بنوبتين قلبيتين، وارتفاع ضغط الدم، والذئبة الحمراء، والفيبرومالجيا، والربو، و-مؤخرًا- سرطان الأمعاء.

تقول كورين: «لدي ما يكفي من الأدوية لدرجة أني لم أعُد مضطرة إلى تناول الإفطار، يكفيني فقط تناول كل الأقراص. لدي ثلاثة عشر قرصًا في وقت الإفطار وحده».

كانت كورين مريضتي لعشرين سنة. أغلب ما تعلمتُه كان منها، ومن مرضاي الآخرين الذين شاركوني قصصهم مثلها. عندما كانت طفلة، عانت

كورين كل أنواع انتهاك الحدود والاعتداء التي يمكن للمرء أن يتخيلها. وبعد أن كبرت، صارت راعية مزمنة ليس فقط لزوجها وأطفالها وإخوتها وأصدقائها، ولكن لأي شخص يحضر إلى بيتها. حتى وقت قريب، كان قول لا مستحيلًا، ولم يزل مؤلمًا حتى الآن، على الرغم من حالتها الصحية المتردية وعلى الرغم من حقيقة أنها لا تستطيع التنقل إلا باستخدام سكوتر آلي مخصص للمسنين.

تقول: «أرى نفسي مثل لطخة كبيرة. لا يوجد لي شكل. يسعني رؤية هالات الناس. هالتي تبدو سوداء ورمادية، وغير محددة. كأنك تنظر إلى أحدهم في الضباب، ويمكنك نوعًا ما أن ترى جزءًا من حدوده الخارجية، ولكن ليس شكله الكامل أبدًا».

قلت: «إذا رأيتِ شخصًا آخر يعاني صعوبة في وضع الحدود، هل كنتِ ستنبذينه واصفة إياه بأنه لطخة كبيرة؟».

- لا. فأنا أعرف العديد من الناس ممن يعانون زيادة الوزن ولا أصنِّفهم على أنهم لطخات كبيرة. إن هذا يعبِّر أكثر عن صورتي الذاتية عن نفسي كشخص. أشعر وكأنني مثل الجيلي عندما يتعلق الأمر بالأمور العاطفية.

- من التي تتحدث معي الآن إذن؟ هل هي اللطخة الكبيرة؟ ألا يوجد شخص حقيقي هنا؟

- ربما يوجد بشكل ضئيل حسبما أظن. لا يمكنني أن أقول بنسبة 100 بالمئة، لا.

- دعينا نلقِ نظرة على هذه «الضئيلة» إذن.

- تريد هذه الضئيلة أن تمسك بزمام الأمور وألا تسمح للآخرين باتخاذ القرارات نيابة عنها من دون موافقتها.

- ماذا يمكنك أن تقولي عن نفسك أيضًا؟ ما هي مبادئك؟

- أنني لا أضاجع الغرباء ولا أغش ولا أكذب وأمتثل لقانون البلاد وأحاول أن أكون أفضل ما يسعني أن أكونه بالنسبة إلى الآخرين.

- هل هذا فقط لأنك لا تعرفين كيف تقولين لا أم أنه اهتمام صادق؟

- كلاهما. أغلبه اهتمام صادق.

- كيف تقولين إذن إنك مجرد لطخة كبيرة؟

- لأنني أكون مثل الجيلي عندما يتعلق الأمر بقول لا لأمي. منذ بضعة أيام فقط عجزت عن أن أقول لها «لا، من الأفضل لك أن تأتي في الصيف، وليس الآن». لم أستطيع قول ذلك لها. لم أكن مستعدة لاتخاذ هذا القرار.

- لو أخبرك شخص آخر بأن لديه صعوبة في اتخاذ مثل هذا القرار، ماذا كنتِ ستقولين له؟

- كنت لأقول إن لديه صعوبة كبيرة في إخبار أمه بما يريد إخبارها به، وإن عليه أن يكون أقوى.

- من دون إخباره بالضرورة بما عليه فعله، ماذا كنتِ ستفهمين من موقفه؟

- كنت سأفهم أنه يخشى إن هو أكَّد نفسه أن يتعرض للرفض.

- إذا كنتِ لا تستطيعين أن تقولي ذلك عن نفسك، فهذا فقط لأنك لا تولين نفسك نوع الاهتمام المتعاطِف الذي تهبينه تلقائيًّا للآخرين. لا يمكنك إجبار نفسك على قول لا إن كنتِ لا تدرين كيف تفعلين ذلك. *ولكن يمكنك على الأقل منح الاهتمام المتعاطِف للإنسان الذي يعاني مشكلة في قول لا.*

وتابعتُ قائلًا: «لنلقِ نظرة على المأزق الذي وضعتِ نفسك فيه. من ناحية لا تعرفين كيف تقولين لا، ومن الناحية الأخرى تدينين نفسك وتحكمين عليها لعدم قدرتك على قول لا. هكذا انتهى بك الأمر إلى وصف نفسك باللطخة الكبيرة. بالاهتمام المتعاطف سترين نفسك بالوضوح نفسه الذي ترين به الشخص الآخر، إنسانة خائفة. وستقولين ذلك ليس على أنه حكم وإنما كملاحظة متعاطفة: هذه *الإنسانة خائفة حقًّا*. هذه *الإنسانة* مجروحة *حقًّا*. إنها تواجه –أنا أواجه– صعوبة في قول لا، لأن ذلك يثير بداخلها خطر الرفض الفوري. لا يمكنك إجبار نفسك على قول لا أكثر مما يمكنك إجبار غيرك على قولها، ولكن يمكنك أن تتعاطفي مع نفسك».

- يمكنني الإمساك بيد أحدهم لمساعدته في قول لا، ولكني لا أستطيع الإمساك بيدي لمساعدة نفسي في قول لا.
- وإن لم يعرف كيف يقول لا كنتِ ستقبلينه على أي حال. كنت ستقولين له: «انظر، أفهم أن ذلك صعب عليك حقًّا، أنت لست مستعدًّا».
- لكني لا أقول ذلك عن نفسي، إنني أغضب من نفسي.
- أعتقد أن أكثر ما سيساعدك هو أن تولي ذلك الاهتمام العاطفي تجاه نفسك. يمكنك العمل على ذلك.
- هل سيعيد لي هذا الطاقة التي أشعر أنها سُلبتْ مني؟
- الكثير من طاقتك ينفد في اعتنائك بالآخرين، والكثير مما تبقى ينفد في الأحكام الذاتية. قسوتك على نفسك تستهلك كمًّا هائلًا من الطاقة.

الحقيقة الموضوعية هي أنك تواجهين العديد من المشكلات الصحية الخطيرة. أنتِ في خطر، لا مجال للشك في ذلك. لا أعرف كيف ستسير الأمور مستقبلًا. ولكن مع كل ما عليكِ التعامل معه، كلما استطعت أن تكوني متعاطفة تجاه نفسك، زادت قدرتك على منح نفسك أفضل فرصة ممكنة.

إن *الفضول المتعاطِف* حيال الذات لا يعني أن نحب كل ما نكتشفه عن أنفسنا، وإنما يعني أن ننظر إلى أنفسنا بالقبول نفسه وعدم إصدار الأحكام الذي نرغب في منحه لأي شخص آخر عانى وبحاجة إلى المساعدة.

2. الوعي

يحتاج كل من يسعون إلى الشفاء –أو البقاء بصحة جيدة– إلى استعادة القدرة المفقودة على الإدراك العاطفي للحقيقة، وهو ما وضَّحه بشكل رائع طبيب الأعصاب أوليفر ساكس في كتابه «الرجل الذي حسب زوجته قبعة». يروي ساكس حكاية عن مجموعة من المصابين بالحبسة وهم يتجاوبون مع خطاب متلفز ألقاه الرئيس الأمريكي رونالد ريجان.

الحبسة –والمشتقة من كلمة يونانية تعني احتباس الكلام– هي فقدان القدرة على الحديث أو فهم اللغة المنطوقة. تحدث نتيجة تلف بؤري في المخ،

والذي قد ينجم عن سكتة دماغية مثلًا. «هنالك وقف الفاتن العجوز، الممثل، بفصاحته المتمرسة، وتمثيله المسرحي، وجاذبيته العاطفية، وقد عصف الضحك بجميع المرضى. حسنًا، ليس جميعهم: فقد بدا بعضهم في حيرة من أمره، وبدا البعض الآخر غاضبًا، ولاح التوجس على وجه واحد أو اثنين منهم، غير أن معظمهم بدا مستمتعًا. كان الرئيس ملهمًا كعادته، لكنه على ما يبدو كان يلهم فيهم الضحك. ترى بماذا يفكرون؟ هل عجزوا عن فهمه؟ أم أنهم ربما فهموه أكثر مما ينبغي؟».

كان مرضى ساكس المصابون بالحبسة يتفاعلون مع تعبيرات ريجان غير الواعية للعاطفة الثانية: النبرة ولغة الجسد وتعبيرات الوجه. لقد وجدوا أن عواطفه تتعارض مع رسالته المنطوقة: بتعبير آخر، رأوا من خلال تظاهره، واعيًا كان أم غير واعٍ. لقد قرؤوا الواقع العاطفي، وليس واقع الكلام الذي كان ريجان قادرًا على استحضاره في عقله، والذي برع أشد البراعة في إيصاله إلى أولئك المنغلقين عاطفيًّا مثله.

قال أحد مرضى ساكس: «*إما أن لديه تلفًا في المخ وإما أن لديه ما يخفيه*».

لعل القارئ يتذكر كلمات كاتب سيرة ريجان: *إنه يشعر بعكس ما يقوله.*

تتمتع الحيوانات وصغار البشر بكفاءة عالية في التقاط الإشارات العاطفية الحقيقية. لئن كنا قد فقدنا هذه القدرة عندما اكتسبنا اللغة، فذلك فقط لأننا نتلقى رسائل مربِكة من عالمنا المباشر. تقول الكلمات التي نسمعها شيئًا، وتقول البيانات العاطفية شيئًا مغايرًا. إذا تعارض الاثنان فلا بد أن يُقمَع أحدهما. وبالطريقة نفسها عندما تتباعد عينا الطفل، يحجب المخ الصور الآتية من إحدى العينين لتلافي الرؤية المزدوجة. وما لم تصحَّح العين المحجوبة فسوف تصبح عمياء. إننا نقمع ذكاءنا العاطفي لتجنب نشوء حرب مستمرة مع الناس المهمين في حياتنا، حرب لا يمكننا الانتصار فيها بحال. ومن ثم نفقد كفاءتنا العاطفية في الوقت الذي نكتسب فيه الذكاء اللفظي. يبدو أن مرضى الحبسة يمرون بعملية عكسية. فبقدر ما يطوِّر الكفيف قدرة غير عادية على السمع، فإن فقدان القدرة على الكلام يطوِّر قدرة معزِّزة على إدراك الواقع العاطفي.

أفادت مجموعة من الباحثين النفسيين في مجلة «نيتشر» في مايو 2000 بأنه: «قلَّما يكتشف الناس الأكاذيب من سلوك الكاذب، حتى عندما تكون الأدلة على الخداع واضحة من تعبيرات وجهه ونبرة صوته. لكن الناس الذين لا يستطيعون فهم الكلمات أفضل في كشف الأكاذيب المرتبطة بالعواطف».

الوعي الكامل يعني أن نسترد قدرتنا المفقودة على إدراك الواقع العاطفي، ويعني أننا على استعداد للتخلي عن الاعتقاد المثبط بأننا لسنا أقوياء كفاية لمواجهة حقيقة حياتنا. لا سحر في الأمر. فالأعمى يتعلم أن يولي الصوت اهتمامًا أكثر من البصير. وفاقد القدرة على الكلام يتعلم ملاحظة ردود أفعاله الداخلية على الكلمات، لأن الأجزاء المعرفية من الدماغ لم تعد قادرة على إخباره بالرسالة. ردود الفعل الداخلية ومشاعر البطن (الحدس) هما ما فقدناه عندما «كبرنا».

من المؤكد أننا لسنا بحاجة إلى فقد مهاراتنا اللغوية من أجل إعادة تعلم الإدراك العاطفي. ولكن لتطوير الوعي علينا أن نتدرب، ونولي اهتمامًا مستمرًا لحالاتنا الداخلية، ونتعلم أن نثق في هذه المدركات الداخلية أكثر مما نثق فيما تنقله الكلمات – سواء كانت كلماتنا أو كلمات أي أحد آخر. كيف هي نبرة الصوت؟ النغمة؟ هل العينان ضيقتان أم مفتوحتان؟ هل الابتسامة هادئة أم مقتضبة؟ كيف نشعر؟ *أين* نشعر به؟

ويعني الوعي أيضًا تعلُّم إشارات الضغط النفسي في أجسادنا، والطريقة التي تبلِغنا بها أجسادنا عندما تعجز عقولنا عن فهم الدلائل. في كلٍّ من الدراسات البشرية والحيوانية، لوحظ أن استجابة الضغط الفسيولوجي هي المقياس الأدق لتجربة الكائن الحي الحقيقية مقارنةً بالإدراك الواعي أو السلوك الملحوظ.

كتب هانز سيلي يقول: «إن الغدة النخامية أفضل بكثير من الذكاء في الحكم على الضغط النفسي. ومع ذلك، يمكنك أن تتعلم تمييز إشارات الخطر بمهارة إذا عرفت ما تبحث عنه».

في كتابه «ضغط الحياة»، جمع سيلي إشارات الخطر الفسيولوجي. وأورد علامات جسدية مثل خفقان القلب أو الإرهاق أو العرق أو كثرة التبول أو الصداع أو آلام الظهر أو الإسهال أو جفاف الفم. وعلامات عاطفية مثل التوتر

العاطفي أو الإفراط في التركيز والقلق وفقدان متعة الحياة. والتعبيرات السلوكية مثل الاندفاعية أو التهيج غير العادي، والميل إلى المبالغة في رد الفعل. يمكننا أن نتعلم قراءة الأعراض ليس فقط كمشكلات يجب التغلب عليها ولكن كرسائل يجب أخذها بعين الاعتبار.

3. الغضب

تقول إحدى شخصيات وودي آلن في أحد أفلامه: «أنا لا أغضب أبدًا، ولكن أربي ورمًا بدلًا من ذلك». وقد رأينا في هذا الكتاب حقيقة تلك الملاحظة الطريفة في العديد من الدراسات التي أُجريت على مرضى السرطان. ورأينا أيضًا أن قمع الغضب هو عامل خطر رئيس للمرض لأنه يزيد من الضغط الفسيولوجي الواقع على الجسم.

ليس فقط أن قمع الغضب يهيئ الجسم للإصابة بالمرض، بل إن معايشة الغضب قد أثبتت فعاليتها في تعزيز الشفاء، أو على الأقل إطالة مدة البقاء على قيد الحياة. على سبيل المثال، عاش مرضى السرطان الذين استطاعوا حشد غضبهم ضد أطبائهم مدة أطول مقارنةً بنظرائهم الأكثر هدوءًا. وفي التجارب على الحيوانات، وُجد أن التعبير عن الغضب يترك ضغطًا أقل من الناحية الفسيولوجية مقارنة بقمعه. وفي الفئران التي تصارع الآخرين عندما تُحبس في أقفاص معًا، وُجد أن نمو الأورام كان أبطأ مقارنة بالحيوانات الأكثر سلاسة.

بغض النظر عن الدراسات، فقد رأينا في الفصول السابقة أن كل من حاورناهم اعترفوا بصعوبات في التعبير عن الغضب، بصرف النظر عن مرضهم أو حالتهم. قالت شيزوكو، المصابة بالتهاب المفاصل الروماتويدي: «بالطريقة التي ربتني بها زوجة أبي، أظن أنه لا يُفترض بي أن أغضب». وقالت ماجدة مريضة آلام البطن الشديدة: «كنت أعطِّل تعبيراتي الغريزية عن الغضب».

وهنا تصبح مسألة الغضب محيرة وتثير العديد من التساؤلات. كيف لنا أن نشجع الناس على الغضب في الوقت الذي نرى فيه الأطفال يعانون بسبب

ثورات غضب آبائهم؟ لقد رأينا النمط ذاته في تاريخ العديد من المرضى: والد غاضب، طفل مكبوت. هل كان يتعين على والد ماجدة أن يقمع غضبه؟ قالت دونا، التي مات شقيقها جيمي بسبب سرطان الجلد الخبيث: «ظللت أفكر في كل المرات التي رفع فيها أبي صوته. تذكرت صوته وصراخه وصياحه، وفكرت أن المرء لا ينبغي أن يعيش بتلك الطريقة. ما كان يُفترض بنا أن نشهد ذلك».

يبدو الأمر في الظاهر أشبه بالمفارقة. إذا كان التعبير عن الغضب «جيدًا»، فإن والد ماجدة ووالد جيمي ودونا كانا يتصرفان بطريقة صحية فحسب. ومع ذلك كان تأثير غضبهما مدمرًا لصحة أطفالهم ومفهوم الذات لديهم. قد يكون لقمع الغضب عواقب سلبية، ولكن هل ينبغي أن نحث على التعبير عنه إن كان يضر بالآخرين؟

اللغز لا ينفك يزداد عمقًا. إطلاق العنان للغضب لا يضر فقط بالمتلقين أو الحاضرين، بل يمكن أيضًا أن يكون فتاكًا لمن يغضب. قد تتسبب نوبات الغضب العارم في أزمات قلبية. وبصفة عامة تكثر أمراض القلب وارتفاع ضغط الدم في أولئك الذين يضمرون العداء. وجدت دراسة أُجريت على ما يقرب من مئتي رجل وامرأة بكلية جونز هوبكنز للطب في بالتيمور عام 2000، أن العداء والنزعة إلى الهيمنة كانا «عوامل خطر مستقلة مهمة لأمراض القلب التاجية». لقد ربط عدد كبير من البحوث العداء بارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب التاجية.

كما يمكننا أن نستنتج بسهولة الآن، فإن العلاقة بين الغضب العارم وأمراض القلب والأوعية الدموية هي أيضًا إحدى وظائف الجهاز المناعي النفسي العصبي. تنشط الأعصاب السمبثاوية في حالات الغضب. يحدث ضيق في الأوعية الدموية مع فرط يقظة نشاط الكر أو الفر، مما يزيد ضغط الدم ويقلل إمدادات الأكسجين إلى القلب. ترفع الهرمونات التي تُفرَز خلال استجابة الضغط النفسي في حالات الغضب العارم من مستويات الدهون في الدم بما فيها الكوليسترول. فضلًا عن أنها تنشِّط آليات التخثر، مما يزيد من خطر حدوث انسداد في الشرايين.

كتب الصحفي لانس مورو في مذكراته عن أمراض القلب: «أنا واثق من أن الغضب الأعمى هو ما أودى بي إلى هذه الإعاقة في قلبي، بالإضافة إلى الجينات».

كان الغضب الأعمى الذي تسبب لاحقًا في أزمات مورو القلبية هو الانفجار البركاني للغضب الذي تعلَّم قمعه عندما كان طفلًا في عائلته الأصلية.

كيف إذن تحل معضلة الغضب هذه؟ إذا كان التعبير عن الغضب ضارًّا وكذلك قمعه، كيف نأمل في نيل الصحة والشفاء؟

إن قمع الغضب والانفعال غير المنظم الناتج عنه مثالان على *التحرر غير الطبيعي للمشاعر* التي هي أصل المرض. إذا كانت المشكلة في القمع هي نقص تحرير المشاعر، فإن الانفعال عبارة عن كبحٍ غير طبيعي مماثل لتحررها، يتناوب مع تنفيس غير منظَّم ومبالَغ فيه لها. أُجريت محادثة رائعة حول طريقتَي التعامل هاتين اللتين تبدوان متعارضتين مع ألين كالبين، الطبيب والمعالج النفسي في تورنتو. وقد أوضح أن كلًّا من القمع والثوران يجسدان *خوفًا من تجربة الغضب الحقيقية*.

لقد وجدتُ وصف كالبين للغضب الحقيقي مفاجئًا، حتى لو بدا صحيحًا تمامًا بالنسبة إليَّ. جعلني تفسيره أدرك التشوش الطاغي على أفكارنا الشائعة حول هذه العاطفة. إن الغضب الصحي، كما يقول، هو تمكين واسترخاء. والتجربة الحقيقية للغضب «هي تجربة فسيولوجية من دون انفعال. التجربة هي تيار من القوة يمر عبر النظام، جنبًا إلى جنب مع استنفار للهجوم. وفي الوقت نفسه يختفي القلق بكل أشكاله تمامًا.

«عندما تبدأ تجربة الغضب الصحي في الحدوث، لا ترى أثرًا للمبالغة أو الانفعال. ما تراه هو تخفيف التوتر العضلي. ينفتح الفم باتساع، لأن الفكين يصبحان أكثر استرخاءً، وتنخفض نغمة الصوت لأن الحبال الصوتية تكون أكثر استرخاءً. تنخفض الكتفان وترى كل علامات التوتر العضلي تتلاشى».

يعمل أسلوب د. كالبين في العلاج النفسي استنادًا إلى الخطوط التي ابتدعها لأول مرة د. حبيب دافانلو من جامعة ماكجيل بمونتريال. عزم دافانلو على تصوير مرضاه بالفيديو في أثناء جلسات العلاج النفسي حتى يتمكنوا

هم أنفسهم من رؤية تعبيراتهم الجسدية للعاطفة. وقد سجَّل كالبين أيضًا بعض جلسات العلاج النفسي.

قال: «في تسجيل لأحد عملائي، كان يصف مرور تيارات كهربائية قوية عبر جسده -ويحدِّثني عنها في أثناء حدوثها- ولكنه ظاهريًّا كان جالسًا هنالك ببساطة يصفها. لو شاهدتَ التسجيل بلا صوت، لرأيتَ شخصًا يبدو شديد التركيز والاسترخاء، لكنك لن تتوقع حتمًا أن هذا الشخص كان غاضبًا».

إذا كان الغضب استرخاءً، فما سبب ثورات الغضب إذن؟ عندما أستشيط غضبًا، يصبح وجهي مشدودًا، وعضلاتي متوترة، وأنا واثق من أني لا أبدو مسترخيًا على الإطلاق.

هنا يوضح د. كالبين فرقًا حاسمًا: «السؤال هو، بمَ يشعر الناس حقًّا عندما يستشيطون غضبًا؟ من المدهش أن تسأل الناس. إذا سألت بصدق، فإن غالبية الناس سيصفون القلق. وإذا سألت من الناحية الجسدية والفسيولوجية عما يشعرون به في أجسامهم عندما يشعرون بغضبٍ عارم، ففي الغالب، سيصف الناس القلق بشكل أو بآخر».

قلت: «هذا صحيح، إن شدة الصوت، والتنفس السطحي، وتوتر العضلات هي من علامات القلق وليس الغضب».

- بالضبط. إن غضبهم لم يكن يُختبَر على الصعيد الفسيولوجي، لم يظهر إلا في صورة تنفيس انفعالي.

الانفعال في أثناء نوبات الغضب المحتدم ما هو إلا دفاع ضد القلق الذي يقترن بالغضب عند الطفل على الدوام. يثير الغضب قلقًا لأنه يأتي مصحوبًا بالمشاعر الإيجابية، بالحب والرغبة في الاتصال. ولكن نظرًا إلى أن الغضب يؤدي إلى طاقة هجومية، فإنه يهدد علاقات التعلُّق. ومن ثم تحتوي تجربة *الغضب* على شيء مسبِّب للقلق بالأساس، حتى من دون أوامر خارجية من الأبوين ضد *التعبير عن الغضب*.

يقول ألين كالبين: «تُقمَع الاندفاعات العدوانية بسبب الشعور بالذنب، والشعور بالذنب موجود فقط بسبب الوجود المتزامن للحب، للمشاعر الإيجابية. وعليه فإن الغضب لا ينشأ منفردًا بذاته. إن شعور المرء بمشاعر

عدوانية تجاه أحبائه يستحضر قلقًا شديدًا ومشاعر ذنب قوية لدرجة لا تُصدَّق».

وبطبيعة الحال، كلما زاد عدد الآباء الذين يثبِّطون أو يحظرون تجربة الغضب، أصبحت هذه التجربة أكثر إثارة للقلق بالنسبة إلى الطفل. في جميع الحالات التي يُقمَع فيها الغضب تمامًا أو التي يتناوب فيها القمع المزمن مع اندلاعات من الغضب العارم، كان تاريخ الطفولة المبكرة حافلًا بعجز الوالدين عن قبول غضب الطفل الطبيعي.

إذا كان الشخص يخشى دون وعي قوة اندفاعاته العدوانية، فثمة أشكال شتى من الدفاع متاحة له. إحدى فئات الدفاع تلك هي التفريغ، والذي يعود فيه إلى حالة الطفولة المبكرة عندما كان يتعامل مع الغضب الآخذ في التراكم لدرجة لا تُحتمل عن طريق الانفعال المبالَغ فيه. «كما ترى فإن الانفعال والصياح والصراخ وحتى الضرب، وكل ما يفعله الشخص، يعمل كدفاع له ضد تجربة الغضب. إنه دفاع ضد إبقاء الغضب بالداخل حيث يمكن الشعور به بعمق. التفريغ هو دفاع ضد الاختبار الفعلي للغضب».

الطريقة الأخرى التي يمكننا بها تجنب اختبار الغضب هي من خلال القمع. القمع والتفريغ إذن هما وجهان لعملة واحدة. كلاهما يمثِّل الخوف والقلق، ولهذا ينشِّط كلاهما استجابات الضغط النفسي الفسيولوجية بغض النظر عما نشعر به عن وعي أو لا نشعر به.

أظهرت المقابلات التي رأيناها مرارًا الصعوبة التعجيزية التي تواجه العديد من الناس مع غضبهم تجاه أحبائهم. جين، التي لم تستطع إخبار أبويها بتعرضها للتحرش في عمر الحادية عشرة، فوضعت علاقتها بهما في إطارٍ مثالي بدلًا من الاعتراف بغضبها. يشعر زوجها إد بالاستياء الشديد تجاه ما يعتبره سلوكًا متسلطًا من زوجته لكنه لا يستطيع اختبار الغضب بشكل علني ومباشر. جيل المصابة بسرطان المبيض، مستاءة من أطبائها لخطئهم في التشخيص لكنها غير مستاءة من زوجها كريس لفشله في ملاحظة ألمها وفقدانها للوزن على مدى عدة أشهر. ليزلي المصاب بالتهاب القولون التقرحي «ابتلع» غضبه تجاه زوجته الأولى. «ابتلعتُه دون ريب. لم أستطيع

الشجار لأن حينها كانت لتقول: «أترى؟ هذا الزواج سيئ»». وقد صار سعيدًا في زيجته الجديدة الآن حيث لا يهدِّد اختبار الغضب علاقته.

إن القلق من الغضب والعواطف «السلبية» الأخرى مثل الحزن والرفض قد يضرب بجذوره عميقًا في الجسد. ويتحول في النهاية إلى تغيرات بيولوجية من خلال الوصلات المتداخلة المتعددة والدقيقة بشكل لا نهائي لجهاز PNI، حلقة الوصل الموحِّدة بين الجسم والعقل. هو ذا الطريق الذي يؤدي إلى مرض عضوي. فعندما يُسلَب الغضب سلاحه، يُجرَّد الجهاز المناعي هو الآخر من أسلحته. وعندما تتحول الطاقة العدوانية للغضب باتجاه الداخل، يتشوش الجهاز المناعي. تتوقف دفاعاتنا الفسيولوجية عن حمايتنا أو ربما حتى تتمرد مهاجِمة الجسد.

كتب المعالج النفسي لويس أورمونت، الذي عمل على استنفار غضب الناس في العلاج الجماعي لمرضى السرطان: «قد يكون من المفيد اعتبار السرطان اضطرابًا في الإشارات الكيميائية الحيوية للجسم أكثر من كونه مرضًا. إن تغيُّر هذه الإشارات يعني حدوث أثر في دفاعات الجسم المناعية. ويترتب عليه أن أي شكل من أشكال التدخل المصمَّم لإعادة الصحة البدنية إلى الجسم لا بد أن يستخدم ما هو أكثر من الوسائل البدنية. فنظرًا إلى أن العواطف تؤثر بشكل هائل في النظام الكيميائي الحيوي، فإن إحدى طرق تقديم العلاج المناعي هي تقديم العلاج النفسي للمريض».

غالبًا ما يُطلَب الاسترخاء والتفكير بإيجابية وخفض مستويات الضغط النفسي ممن شُخِّصتْ إصابتهم بالسرطان أو بأمراض المناعة الذاتية أو ممن يعانون الإعياء المزمن أو الفيبرومالجيا أو ممن يعانون اضطرابات عصبية خطيرة. وكلها نصائح جيدة، لكن من المستحيل تنفيذها إذا لم يوضَّح أحد مسببات الضغط النفسي الرئيسة ويُتصدَّى له: ألا وهو كبت الغضب.

إن الغضب لا يستلزم الانفعال العدائي. فهو أولًا وقبل كل شيء عملية فسيولوجية يجب الإحساس بها. ثانيًا، للغضب قيمة معرفية، فهو يوفر معلومات أساسية. نظرًا إلى أن الغضب لا ينشأ منفردًا من تلقاء نفسه، فإن أنا شعرتُ بالغضب لا بد أن يكون ذلك استجابة لتصور ما من جانبي. قد يكون استجابة للفقد أو التهديد بالفقد في علاقة شخصية، أو ربما هو يشير

إلى انتهاك حقيقي أو متصوَّر لحدودي الشخصية. تصبح لدي سلطة هائلة من دون أن أضر أحدًا إذا سمحتُ لنفسي باختبار الغضب والتفكر فيما أثاره. وبناءً على الظروف، قد أختار إظهار الغضب بطريقة ما أو التخلي عنه. والأهم هو ألا أكبت تجربة الغضب. قد أختار إظهار غضبي بالكلمات أو الأفعال حسب الضرورة، لكني لست بحاجة إلى الانفعال في ثورة جامحة. الغضب الصحي يجعل الفرد هو المسيطر وليس العاطفة المنفلتة.

تقول المعالجة النفسية جوان بيترسون، والتي تدير حلقات عمل بجزيرة جابريولا في كولومبيا البريطانية: «الغضب هو الطاقة التي منحتنا إياها الطبيعة الأم حين كنا أطفالًا صغارًا، كي نواجه بالأصالة عن أنفسنا ونقول *إننا* مهمون. الفرق بين طاقة الغضب الصحية وطاقة العنف الجسدي والعاطفي الضارة هو أن الغضب يحترم الحدود. إن المواجهة بالأصالة عن نفسك لا تغزو حدود أي شخص آخر».

4. الاستقلالية

المرض ليس له تاريخ فحسب، بل إنه يحكي أيضًا تاريخًا. إنه تتويج لتاريخ حياة كاملة من النضال من أجل الذات.

من منظور بيولوجي بحت، قد يبدو أن نجاة الجسم لا بد أن تكون هي الهدف النهائي للطبيعة. ومع ذلك، فإن الغاية الأسمى للطبيعة على ما يبدو هي وجود نفسية مستقلة ذاتية التنظيم. يمكن للعقل والروح أن ينجوا من الإصابات الجسدية الخطيرة لكننا نرى مرة تلو أخرى أن الجسد يبدأ في الاستسلام عندما تتعرض السلامة والحرية النفسية للخطر.

كان جيسون مصابًا بداء السكري ويعتمد على الأنسولين منذ أن كان في الخامسة من عمره. يشتق *داء السكري* اسمه من كلمة يونانية تعني «البول الحلو»، لأن في هذا المرض تتخلص الكلى من السكر الزائد في مجرى الدم عن طريق البول. في مرض السكري، تعجز الخلايا الغُدية في البنكرياس عن إنتاج ما يكفي من الأنسولين، وهو الهرمون المسؤول عن مساعدة السكر الناتج عن الطعام المهضوم على دخول الخلايا. وبصرف النظر عن المخاطر

الفسيولوجية المباشرة لارتفاع مستويات الجلوكوز، ينطوي مرض السكري على احتمالية تلف العديد من أعضاء الجسم.

الآن وقد بلغ الثالثة والعشرين من عمره، أصيب جيسون بالعمى في عينه اليمنى بسبب تلف في الأوعية الدموية ناجم عن مرض السكري. كما بات يعاني ضعفًا في عضلات القلب وتسريبًا في صمام القلب وخللًا في الكلى. في بعض الأحيان يعجز عن المشي بسبب التهاب عصبي قابل للشفاء يسمى اعتلال الأعصاب السكري. كان جيسون ووالدته هيذر مرضاي لعشر سنوات تقريبًا. في الأشهر الاثني عشر الماضية، كان لا بد من نقله إلى الطوارئ مرارًا بسبب أزمات صحية تشمل قصور القلب والتهاب السحايا. قد لا يكون لديه العديد من السنوات ليعيشها. ووفقًا لاختصاصي الطب الباطني، فإن التكهن بمصيره صعب.

أما هيذر فقد غرقت في حالة مزمنة من القلق والإنهاك الممزوجَين بالاستياء، والتي تعتقد أنها ناتجة عن رفض جيسون المتعنت الاعتناء بنفسه بخصوص تناول الأنواع الصحيحة من الطعام، وإيلاء اهتمام وثيق لاحتياجاته من الأنسولين، وحضور المواعيد الطبية واتباع نمط حياة صحي. بالطبع كانت المخاطر عالية بالنسبة إليها كأم. وفقًا لتجربتها، كان جيسون يمرض حينما لا تمسك بزمام الأمور. لقد عاشت العديد من السنوات مع احتمالية حقيقية جدًّا بأن ينتهي جيسون في غيبوبة أو ما هو أسوأ، لو أنها خففتْ حذرها ولو ليوم واحد.

آخر مرة أُدخل فيها المستشفى جاءت بعد نوبة من القيء استمرت عدة أسابيع تركته واهنًا ومصابًا بالجفاف والتشنجات. كانت هيذر جالسة إلى جانب فراش جيسون ذات يوم عندما أصيب بنوبة تشنجات أخرى.

تقول: «جاء الممرضون والأطباء المقيمون والمتخصصون يركضون، كانت عينا جيسون تدوران إلى الخلف وذراعاه وساقاه ترتجف. كانوا يحقنون الأدوية من خلال الوريد في ذراعه عندما اعتدل فجأة في جلسته وفتح عينيه ونظر إليَّ مباشرة. ثم قال بصوت عالٍ: «دعيني أرحل!». لكني لا أستطيع. لن أدع ابني يموت».

لا يتذكر جيسون الواقعة. يقول: «لا بد أنني لم أكن في وعيي مُطلقًا».

سألتُه: «ألديك فكرة عما كنت تعني؟».

- أول ما يتبادر إلى الذهن هو أن تسمح لي بالرحيل فحسب. قَولي «دعيني أرحل» لم يكن يعني أن تدعني أموت، بل يعني فقط «توقفي عن كونك شديدة التسلط. دعي الأمر يمر. دعيني أفعل ما أفعله». إنها حياتي. سأرتكب أخطاء ولكن على أمي أن تسمح لي بفعل ذلك. إصابتي بالسكري ووجود شخص آخر يحاول السيطرة عليَّ كان جزءًا كبيرًا من حياتي.

أيما كان دافع الأم، وبغض النظر عن مدى تلاعب جيسون بها لتعتني به، فإن تجربته الأبرز هي الافتقار إلى الاستقلالية. لم تكن لديه القدرة على توكيد نفسه علانية. لقد اتخذ توقه إلى ذات مستقلة وغضبه تجاه والدته شكَّل المقاومة، بما في ذلك مقاومة صحته الجسدية.

قال لي هيذر: «لطالما كان الأمر أشبه بالاختناق، مهما كان ما أفعله، فقد بدا خاطئًا. عندما قلت «دعيني أرحل» عنَيتُ «تراجعي فحسب. دعيني أعيش بالطريقة التي أريد. سأعيش بطريقتي، وبالطبع سأرتكب أخطاء، الجميع يرتكبون الأخطاء. لم أشعر قط بحرية ارتكاب الأخطاء»».

لو أن لنا أن نتعلم درسًا واحدًا من تاريخ جيسون وهيذر، كما هو الحال مع جميع القصص الشخصية وجميع الدراسات التي تناولناها في هذا الكتاب، فهو أن الناس يعانون عندما تكون حدودهم ضبابية. لقد كان لهيذر يد في حرمان جيسون من شخصيته الحقيقية، من خلال معاملتها له طوال حياته كطفل يجب أن تتحمل كل المسؤولية عنه. ومن خلال التصرف كطفل، أعاق جيسون نفسه.

في نهاية المطاف، يُعتبر المرض في حد ذاته مسألة حدود. عندما ننظر إلى البحث الذي يتنبأ بمن يُرجَّح أن يُصاب بالمرض، نجد أن الأشخاص المعرَّضين لخطر أكبر هم أولئك الذين عانوا أشد غزو للحدود قبل أن يتمكنوا من بناء شعورٍ مستقل بالذات. في عام 1998، نشرت «المجلة الأمريكية للطب الوقائي» نتائج دراسة تجارب الطفولة الضارة (ACE). شارك أكثر من 9500 شخص بالغ في هذا المشروع البحثي. ارتبطت ضغوط الطفولة النفسية مثل الاعتداء العاطفي أو الجنسي أو العنف أو تعاطي المخدرات أو

المرض النفسي في الأسرة بالسلوكيات الخطرة والعواقب الصحية والموت لدى البالغين. وُجدت «علاقة طردية قوية» بين الخلل في الأسرة الأصلية وتردِّي الحالة الصحية للبالغين، أي كلما زاد التعرض للخلل في مرحلة الطفولة، كانت الحالة الصحية أسوأ لدى البالغين وزادت فرص الوفاة المبكرة بسبب السرطان أو أمراض القلب أو الحوادث أو أسباب أخرى.

والغالب في حياة الأطفال أن الحدود لا تُنتَهك بقدر ما أنها لا توضَع من الأساس. الكثير من الآباء لا يستطيعون مساعدة أطفالهم في وضع الحدود لأنهم أنفسهم لم يتمكنوا قط من فعل ذلك في سنوات تكوينهم الأولى. *لا يسعنا أن نفعل ما لا نعرفه*.

من دون حدود واضحة بين الطفل ووالديه، يظل الطفل متورطًا في العلاقة. ويصبح هذا التورط فيما بعد نموذجًا لطريقة تواصله مع باقي العالم. يسيطر التورط -الذي أطلق عليه د. مايكل كير نقص التمايز- على العلاقات الحميمية للفرد. يمكنه أن يتخذ أحد شكلين، الانطواء والحزم والمقاومة العقيمة للسلطة، مثل جيسون، أو رعاية مزمنة وقهرية للآخرين، مثل هيذر. في بعض الأشخاص، قد يحدث الشكلان جنبًا إلى جنب، اعتمادًا على من يتفاعلون معه في اللحظة الراهنة. ونظرًا إلى أن التشوش المناعي المسبِّب للمرض ينتج بسبب عجز في تمييز الذات عن الغير، فلا بد أن تتضمن عملية الشفاء وضع حدود الذات المستقلة أو استردادها.

«الحدود والاستقلالية أمران لا غنى عنهما في الصحة»، هكذا قالت المعالجة النفسية وقائدة الفرق جوان بيترسون خلال حديثنا الأخير في جزيرة جابريولا. جوان مديرة تعليم في «حلقات تدريب وتطوير المهنيين PD Seminars»، وهو مركز للشفاء والنمو النفسي الكُلاني. «إننا نختبر الحياة من خلال أجسادنا. فإن لم نستطع التعبير عن تجربتنا الحياة، فسوف تتحدث أجسادنا بما لا تستطيع عقولنا وأفواهنا التحدث به».

وفقًا لـ د. بيترسون: «الحد الشخصي هو اختبار طاقي لنفسي أو للطرف الآخر. لا أريد استخدام كلمة *هالة*، لأنها نوع حديث من الكلمات، لكننا نمتلك تعبيرًا طاقيًّا خارج حدود أجسادنا. نحن لا نعبر عن الحدود لفظيًّا فحسب، بل أظن أن لدينا تعبيرًا طاقيًّا غير منطوق».

في كتابها «الغضب والحدود والسلامة»، تشرح د. بيترسون هذا المفهوم بمزيد من التفصيل: «الحدود غير مرئية، تنتج عن شعور محسوس داخلي واعٍ يحدد هويتي. عندما تسأل نفسك: «ما الذي أرغب فيه في حياتي وعلاقاتي أو أريد المزيد منه أو القليل منه أو لا أريده، وما هي حدودي المعلنة؟» تبدأ العملية... في هذا التعريف الذاتي، نحدد ما نقدِّره ونريده في الحياة في هذا الوقت بالذات من منطلق المرجعية الذاتية الداخلية؛ يقع مركز *السيطرة في داخلنا*».

الاستقلالية إذن هي إنشاء مركز السيطرة الداخلي ذلك.

5. التعلق

التعلق هو حلقة الوصل بيننا وبين العالم. في علاقات التعلُّق المبكرة، نكتسب أو نفقد القدرة على الانفتاح ورعاية ذاتنا وصحتنا أو نفقدها. في روابط التعلق المبكرة تلك نتعلم أن نختبر الغضب أو أن نخاف منه ونقمعه. وفيها نطور إحساسنا بالاستقلالية أو نعاني ضموره. الاتصال أمر حيوي للشفاء أيضًا. خلصت دراسة تلو أخرى إلى أن الأشخاص الذين لا يملكون صلات اجتماعية –الأشخاص الوحيدون– هم الأكثر عرضة للإصابة بالمرض. والأشخاص المنعَّمون بدعم عاطفي صادق يتمتعون بقابلية أكبر للشفاء، بغض النظر عن المرض.

أجرى ديريك البالغ من العمر واحد وسبعين عامًا فحوصات مستضد البروستاتا بصفة سنوية، منذ أن عثر على عقدة صغيرة في البروستاتا لديه قبل أربعة عشر عامًا. منذ عامين أُخذت خزعة ظهرت فيها خلايا سرطانية.

قال: «قال طبيب الأورام إن حالتي خطيرة، أخافني. لذلك وافقت على أخذ ستة أشهر من العلاج الهرموني الذي يقلص الورم. إنه يقتل هرمون التستوستيرون في جسمك تمامًا. عليكَ أن تتلقى حقنة كل ثلاثة أشهر. بعد العلاج الهرموني، أراد طبيب الأورام البدء في العلاج الإشعاعي لسبعة أشهر. رفضتُ، لا أريد ذلك، لأنني قرأت الكثير عنه. الإشعاع والجراحة يحلان المشكلة

مؤقتًا، ولكن بعد ثلاث إلى خمس سنوات، غالبًا ما تعاود الظهور. والإشعاع يدمر الكثير، الكثير من الخلايا الجيدة في جسمك، إلى جانب السيئة».

قلت: «كيف تلقيت الأمر عاطفيًّا عندما شُخصتْ حالتك؟».

- حسنًا، كما تعلم، كانت تلك مشكلتي. لم أخبر أي أحد. لم أخبر أيًّا من أصدقائي. احتفظت بالأمر كله لنفسي، باستثناء زوجتي وابنتيَّ.

في السابق كنت منعزلًا. كنت كتومًا جدًّا. الآن صرت أكثر انفتاحًا. أحب الكثير من الناس حولي. لم أكن هكذا في السابق. كنت لأسعد أشد السعادة إن عثرتُ على كهف بقفل على الباب، ولكان بإمكاني العيش هناك بسعادة لبقية حياتي. لقد تغيرت أولوياتي كلها. في السابق، كانت هوايتي بناء القاطرات البخارية. اعتدت قضاء ست عشرة ساعة في اليوم في ورشتي أفعل ذلك، وكنت سعيدًا سعادة تامة. والآن، لم أذهب إلى ورشتي منذ عامين، منذ إصابتي بالسرطان.

الآن أحتاج إلى الكثير من الناس في حياتي. يدعم المصابون بالسرطان أحدهم الآخر. وذلك هو ما نحتاج إليه، أن نتحدث عن الأمر. سنتحدث جميعنا عن الأمر لما تبقى من حياتي. يبدو شيئًا يتعين عليك فعله.

- ألا يحتاج البشر عمومًا إلى الدعم وفرصة مشاركة العواطف والحديث عن مشكلاتهم سواء كانوا مصابين بالسرطان أم لا؟ لماذا تعتقد أن السرطان هو من علَّمك ذلك؟

- راودني هذا السؤال أيضًا. عندما شُخصتْ حالتي لأول مرة، بنيت جدارًا من حولي، ولم أدع أحدًا يدخل لأنني شعرت بالأمان داخله. كان ذلك خطأ ارتكبتُه. لقد بذلتُ كل طاقتي في محاربة السرطان، لأحد عشر شهرًا. وعندما ظننت أخيرًا أن السرطان قد ذهب، بدأت في السماح لهذا الجدار بالسقوط، وبدأت في إخبار الناس عن تجربتي، وأنني كنت مصابًا بالسرطان، وأنني تخلصت منه. كنت شديد الاعتزاز بتلك الحقيقة.

- استطعت مشاركة الأمر بمجرد أن هزمت المرض، وليس في أثناء محاربته، عندما كنت في أمس الحاجة إلى الدعم. لماذا أقصيت زوجتك؟

- لم أشعر قط بأنها تدعمني، ومع ذلك، أعرف أنها كانت تدعمني، لكنني أبيت أن أسمح لها بدخول حياتي. كان لدي هذا الجدار حولي، ولم أكن لأدع أي أحد يدخل.

أحيانًا نجد أن الشعور بالمرارة أو السخط أسهل من أن نسمح لأنفسنا باختبار تلك الرغبة المؤلمة في التواصل، والتي ولَّدت الغضب في الأصل عندما ثُبِّطَت. ثمة حاجة ملحة إلى صلة حميمية حقيقية تكمن خلف كل غضبنا. يتطلب الشفاء ويقتضي أن نستعيد الهشاشة التي دفعتنا إلى الانغلاق عاطفيًّا في المقام الأول. لم نعد أطفالًا تابعين بلا حول ولا قوة، لم نعد بحاجة إلى الخوف من الهشاشة العاطفية. يمكننا السماح لأنفسنا باحترام الاحتياج الإنساني المتبادل عالميًّا للتواصل وتحدي الاعتقاد الراسخ الذي يثقِل كاهل العديد من المصابين بأمراض مزمنة دون وعي: وهو أننا لسنا محبوبين. إن البحث عن الروابط هو إحدى ضرورات الشفاء.

6. توكيد الذات

بعد القبول والوعي، وبعد اختبار الغضب وتفتُّح الاستقلالية، إلى جانب الاحتفاء بقدرتنا على التعلُّق والبحث الواعي عن الروابط، يأتي توكيد الذات: إنه الإعلان لأنفسنا وللعالم بأننا موجودون وأن هذه هي هويتنا.

شهدنا في مرات عديدة خلال هذا الكتاب أناسًا يعبِّرون عن اعتقادهم بأنهم إن لم يفعلوا شيئًا، فلن يختبروا إلا الخواء، الفراغ المخيف. في خوفنا نخطئ بالمساواة بين الواقع والفوضى، بين الوجود والنشاط، بين المغزى والإنجاز. نعتقد أن الاستقلالية والتحرر يعنيان الحرية في الفعل أو التصرف أو الرد بالطريقة التي نريد. ولكن توكيد الذات بمعنى إثبات الذات هو أعمق من استقلالية الفعل المحدودة. إنه تعبير عن وجودنا، تقدير إيجابي لأنفسنا بمعزل عن تاريخنا أو شخصيتنا أو قدراتنا أو تصورات العالم عنا. يتحدى توكيد الذات الاعتقاد الجوهري بأن علينا تبرير وجودنا بطريقة ما.

لا يتطلب إبداء فعل أو رد فعل. إنما هو *الوجود*، بغض النظر عن الفعل. ومن ثم، قد يكون توكيد الذات هو النقيض لفكرة الفعل نفسها، ليس فقط

بالمعنى الضيق المتمثل في رفض فعل شيء ما لا نرغب في فعله، ولكن *التخلي عن حاجتنا إلى الفعل.*

7. الإقرار

عندما نقر، ندلي بتصريح إيجابي، نتحرك صوب شيء ذي قيمة. ثمة قيمتان أساسيتان يمكن أن تساعدانا في الشفاء والبقاء كاملين، إذا احترمناهما.

القيمة الأولى هي ذاتنا المبدعة. بعد أن صرت طبيبًا ظللت لسنوات عديدة منغمسًا في إدماني للعمل لدرجة منعتني من أن أعير اهتمامًا لنفسي أو لأعمق رغباتي. في اللحظات النادرة التي سمحتُ فيها لنفسي بالسكون، كنت ألحظ رفرفة ضئيلة في بطني، اضطراب يكاد لا يكون محسوسًا. كانت الكلمة التي أشعر بها كهمس طفيف في رأسي تبدو مثل: *الكتابة*. لم أستطع في البداية أن أعرف ما إذا كانت تلك الرفرفة هي حرقة معدة أم إلهام. وكلما استمعت أكثر، علا صوت الرسالة: لا بد أن أكتب، أن أعبِّر عن نفسي من خلال اللغة المكتوبة، ليس فقط حتى يسمعني الآخرون ولكن حتى أتمكن من سماع نفسي.

لقد تعلمنا أن الله خلق البشر على صورته. كل امرئ لديه الرغبة في الإبداع. قد يتدفق تعبيرها عبر قنوات عديدة: عبر الكتابة أو الفن أو الموسيقى، أو عبر الإبداع في العمل أو بأي عدد من الطرق الفريدة لنا جميعًا، سواء كان ذلك بالطبخ أو البستنة أو فن الخطاب الاجتماعي. المهم هو احترام الرغبة. إن فعل ذلك هو شفاء لنا وللآخرين، وعدم فعله يقتل أجسادنا وأرواحنا. عندما لم أكن أكتب، كنت أختنق في صمت.

كتب هانز سيلي: «ما بداخلنا لا بد أن يخرج، وإلا فقد ننفجر في الأماكن الخطأ أو قد تحاصرنا الإحباطات بشكل ميؤوس منه. *الفن الرفيع هو التعبير عن كينونتنا عبر القنوات الخاصة وبالسرعة الخاصة التي تنبأتْ بها لنا الطبيعة*».

أما الإقرار العظيم الثاني فهو بالكون نفسه، صلتنا بكل ما هو كائن. إن الافتراض بأننا معزولون ووحيدون وبلا اتصال هو افتراض سام، لكنه – بغض النظر عن مدى قسوة وإصرار الحياة على إظهار ذلك الظل القاتم لنا– ليس أكثر من وهم مرير. إنه يشكِّل جزءًا من بيولوجيا المعتقد المرَضية.

من السهل أن نرى من الناحية الجسدية أن فكرة انفصالنا عن الكون خاطئة: لسنا «من التراب وإلى التراب»، وإنما نحن تراب مُفعم بالحياة. نحن جزء من الكون بوعي مؤقت، لكننا لا ننفصل عنه أبدًا. ليس من قبيل الصدفة أن يتكرر استخدام كلمة *التماس الطريق* كلما تعلَّق الأمر بالروحانيات.

ففي مواجهة المرض، يلتمس الكثير من الناس الطريق إلى ذاتهم الروحية بشكل يكاد يكون غريزيًّا، وبأساليب غالبًا ما تكون مفاجئة. آنا –المصابة بسرطان الثدي– وُلدت ونشأت على ديانة أجدادها اليهودية. وتذهب الآن إلى كاتدرائية كاثوليكية لتتقوت روحيًّا.

تقول: «حبيبي هو الله، وهذا ما يبقيني قوية. أذهب إلى الكنيسة، وأتناول القربان، أعلم أن الله يحبني. أخدم في المذبح. في المرة الأولى التي فعلتُ فيها ذلك، حملت صليبًا وشمعتين، وقال لي الكاهن: «أنتِ المذبح». ومنذئذ رُحت أقولها لنفسي، خاصة كلما اعتراني شعور مريع: *أنا المذبح*. قال لي الكاهن: «ما دُمتِ مذبح الله هناك في الكاتدرائية، فأنتِ مذبح الله في كل وقت. *أنت*... عزيزة»».

على الجانب الآخر، تحولت ليليان –وهي إحدى مرضى التهاب المفاصل الذين أجريتُ مقابلات معهم– من الكنيسة المشيخية إلى اليهودية. نشأت في منزل شديد التسلط والقمع في مسقط رأسها اسكتلندا. وجدت في إيمانها باليهودية الحرية لتكون على سجيتها، ووجدت القبول والبهجة اللذين حُرمت منهما طوال حياتها. ما زالت غير متحررة تمامًا: عندما يأتي شقيقها لزيارتها، تخفي شمع الشمعدان والسبت. لكنها باتت تنعم بسلام أكثر من أي وقت مضى. تقول: «شعرت أنني ما دمت نويت أن أُشفى، فعليَّ التخلص من العبودية الروحية».

أقر آخرون ممن تحدثتُ معهم بثقتهم في عقيدتهم التقليدية، وكان هناك أيضًا المتأملون، والمتواصلون مع الطبيعة. كل منهم يلتمس طريقه الخاص

إلى الضياء الداخلي والخارجي. ليس بحثًا سهلًا بالنسبة إلى الكثيرين. وبغض النظر عن المكان الذي فقدنا فيه المفتاح، جميعنا نفضِّل أن نبدأ البحث في ضوء الشارع حيث يمكننا رؤيته، مثل نصر الدين.

قال أحد المعلمين العظماء: «ابحث تجد». البحث في حد ذاته هو الإيجاد، لأن المرء لا يمكنه أن يبحث بلهفة إلا عما يعرف أنه موجود بالفعل.

خضع الكثيرون للعلاج النفسي من دون اعتبار احتياجاتهم الروحية. بينما بحث آخرون عن الشفاء فقط بالطرق الروحية –بحثًا عن الله أو عن الذات الشاملة– من دون أن يدركوا أبدًا أهمية إيجاد الذات الشخصية وتنميتها. تقوم الصحة على ثلاث ركائز: الجسد والنفسية والاتصال الروحي. تجاهُل أيٍّ منهم هو دعوة لعدم الاتزان والعلل.

عندما يتعلق الأمر بالشفاء، إن اقتصر بحثنا على الأماكن السهلة، فلن نجد في الغالب إلا ما وجده نصر الدين وجيرانه تحت ضوء الشارع: لا شيء. نصر الدين لم يكن يعرف ذلك في دوره كأحمق. ولكن في دوره كحكيم ومعلم عرف ذلك.

نصر الدين، الأحمق والحكيم، موجود فينا جميعًا.

المراجع

1: مثلث برمودا

1. Hans Selye, The Stress of Life, rev. ed. (New York: McGraw-Hill, (1978), 4.
2. M.Angell, «Disease as a Reflection of the Psyche,» New England Journal of Medicine, 13 June 1985.
3. Interview with Dr. Robert Maunder.
4. Plato, Charmides, quoted in A. A. Brill, Freud's Contribution to Psychiatry, (New York, W.W. Norton, 1944), 233.

2: فتاة أروع من الخيال

1. G. M. Franklin, «Stress and Its Relationship to Acute Exacerbations in Multiple Sclerosis,» Journal of Neurological Rehabilitation 2, no. 1 (1988).
2. I. Grant,«Psychosomaticss-Somatopsychic Aspects of Multiple Sclerosis,» in U. Halbriech, ed., Multiple Sclerosis: A Neuropsychiatric Disorder, no. 37, Progress in Psychiatry series (Washington/ London:American Psychiatric Press).
3. V. Mei-Tal,«The Role of Psychological Process in a Somatic Disorder: Multiple Sclerosis,» Psychosomatic Medicine 32, no. 1 (1970), 68.
4. G.S.Philippopoulous,«The Etiologic Significance of Emotional Factors in Onset and Exacerbations of Multiple Sclerosis,» Psychosomatic Medicine 20 (1958): 458-74.
5. Mei-Tal,«The Role of Psychological Process... ,» 73.

6. I. Grant,«Severely Threatening Events and Marked Life Difficulties Preceding Onset or Exacerbation of Multiple Sclerosis,» Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry 52 (1989): 8-13.

تعرَّض 77 بالمئة من مجموعة مرضى التصلب المتعدد، مقارنة بـ 35 بالمئة فقط من مجموعة الأصحاء، لمحنة كبيرة في الحياة في العام السابق لظهور المرض. «كان ازدياد ضغوط الحياة الكُبرى أشد وضوحًا في الأشهر الستة التي سبقت ظهوره، حكى 24 من أصل 39 مريضًا من مرضى التصلب المتعدد (62 بالمئة) عن حدث شديد الخطورة، مقارنة بستة من أصل 40 مريضًا من مجموعة المقارنة (15 بالمئة). عانى عدد أكبر بكثير من المرضى مقارنة بمجموعة الأصحاء من صعوبات زوجية (49 بالمئة مقابل 10 بالمئة)، وتعرضت 18 حالة من أصل 23 حالة أولية و12 حالة من أصل 16 حالة انتكاسة لمحنة كبيرة».

7. J. D.Wilson., ed., Harrison's Principles of Internal Medicine, 12th ed. (New York: McGraw-Hill, 1999), 2039.
8. L. J. Rosner, Multiple Sclerosis: New Hope and Practical Advice for People with MS and Their Families (New York: Fireside Publishers, 1992), 15.
9. E. Chelmicka-Schorr and B. G.Arnason, «Nervous System Immune System Interactions and Their Role in Multiple Sclerosis,» Annals of Neurology, supplement to vol. 36 (1994), S29-S32.
10. Elizabeth Wilson, Jacqueline du Pré (London: Faber and Faber, 1999), 160.
11. Hilary du Pré and Piers du Pré, A Genius in the Family: An Intimate Memoir of Jacqueline du Pré (New York: Vintage, 1998).
12. Wilson, Jacqueline du Pré.

3: الضغط النفسي والكفاءة العاطفية

1. Selye, The Stress of Life, xv.

2. المرجع نفسه، 414.

3. المرجع نفسه، 62.

4. المرجع نفسه، 150.

5. E. M. Sternberg (moderator), «The Stress Response and the Regulation of Inflammatory Disease,» Annals of Internal Medicine 17, no. 10 (15 November 1992), 855.
6. A. Kusnecov and B. S. Rabin, «Stressor-Induced Alterations of Immune Function: Mechanisms and Issues,» International Archives of Allergy and Immunology 105 (1994), 108.
7. Selye, The Stress of Life, 370.
8. S. Levine and H. Ursin, «What Is Stress?» in S. Levine and H. Ursin, eds., Psychobiology of Stress (New York: Academic Press), 17.
9. W. R. Malarkey, «Behavior: The Endocrine-Immune Interface and Health Outcomes,» in T. Theorell, ed., Everyday Biological Stress Mechanisms, vol. 22, (Basel: Karger, 2001), 104–115.
10. M.A. Hofer, «Relationships as Regulators: A Psychobiologic Perspective on Bereavement,» Psychosomatic Medicine 46, no. 3 (May–June 1984), 194.
11. Ross Buck, «Emotional Communication, Emotional Competence, and Physical Illness: A Developmental-Interactionist View,» in J. Pennebaker and H. Treve, eds., Emotional Expressiveness, Inhibition and Health (Seattle: Hogrefe and Huber, 1993), 38.
12. المرجع نفسه.

4: أُدفَن حية

1. Suzannah Horgan, Communication Issues and ALS: A Collaborative Exploration (Thesis submitted to the Division of Applied Psychology, University of Alberta, Calgary, 2001).
2. Wolfgang J. Streit and Carol A. Kincaid-Colton, «The Brain's Immune System,» Scientific American 273, no. 5 (November 1995).
3. W. A. Brown and P. S. Mueller, «Psychological Function in Individuals with Amyotrophic Lateral Sclerosis,» Psychosomatic Medicine 32, no. 2 (March–April 1970), 141–52. The countervailing study is by J. L. Houpt et al., «Psychological Characteristics of Patients with Amyotrophic Lateral Sclerosis,» Psychosomatic Medicine 39, no. 5, 299–303.

4. A. J.Wilbourn and H. Mitsumoto,«Why Are Patients with ALS So Nice?» presented at the ninth International ALS Symposium on ALS/MND, Munich, 1998.
5. Ray Robinson, Iron Horse: Lou Gehrig in His Time (New York:W.W. Norton & Company, 1990).
6. Michael White and John Gribbin, Stephen Hawking: A Life in Science (London: Viking, 1992).
7. Dennis Kaye, Laugh, I Thought I'd Die (Toronto: Penguin Putnam, 1994).
8. Evelyn Bell, Cries of the Silent (Calgary:ALS Society of Alberta, 1999), 12.
9. Lisa Hobbs-Birnie, Uncommon Will:The Death and Life of Sue Rodriguez (Toronto: Macmillan Canada, 1994).
10. Jane Hawking, Music to Move the Stars (London: Pan/Macmillan, 1993).
11. Christiane Northrup,Women's Bodies,Women's Wisdom: Creating Physical and Emotional Health and Healing (New York: Bantam Books, 1998), 61.

5: لم أكن يومًا جيدة كفاية

1. Jill Graham et al., «Stressful Life Experiences and Risk of Relapse of Breast Cancer: Observational Cohort Study,» British Medical Journal 324 (15 June 2002).
2. D. E. Stewart et al., «Attributions of Cause and Recurrence in Long Term Breast Cancer Survivors,» Psycho-Oncology (March–April 2001).
3. Sandra M. Levy and Beverly D.Wise, «Psychosocial Risk Factors and Disease Progression,» in Cary L. Cooper, ed., Stress and Breast Cancer (New York: John Wiley & Sons, 1988), 77–96.
4. M.Wirsching,«Psychological Identification of Breast Cancer Patients Before Biopsy,» Journal of Psychosomatic Research 26 (1982), cited in Cary L. Cooper, ed., Stress and Breast Cancer (New York: John Wiley & Sons, 1993), 13.
5. C.B.Bahnson,«Stress and Cancer:The State of the Art,» Psychosomatics 22, no. 3 (March 1981), 213.

6. S. Greer and T. Morris,«Psychological Attributes of Women Who Develop Breast Cancer: A Controlled Study, Journal of Psychosomatic Research 19 (1975), 147–53.
7. C. L. Bacon et al. «A Psychosomatic Survey of Cancer of the Breast,» Psychosomatic Medicine 14 (1952): 453–60, paraphrased in Bahnson, «Stress and Cancer.»
8. Sandra M. Levy, Behavior and Cancer (San Francisco: Jossey Bass, 1985), 166.
9. Betty Ford, Betty: A Glad Awakening (New York: Doubleday, 1987), 36.

6: أنتِ أيضًا جزء من هذا يا أمي

1. Betty Krawczyk, Lock Me Up or Let Me Go (Vancouver: Raincoast, 2002).
2. Betty Shiver Krawczyk, Clayoquot: The Sound of My Heart (Victoria: Orca Book Publishers, 1996).

7: الضغط النفسي والهرمونات والقمع والسرطان

1. D. M. Kissen and H. G. Eysenck,«Personality in Male Lung Cancer Patients,» Journal of Psychosomatic Research 6 (1962), 123.
2. T. Cox and C. MacKay, «Psychosocial Factors and Psychophysiological Mechanisms in the Aetiology and Development of Cancers,» Social Science and Medicine 16 (1982), 385.
3. R. Grossarth-Maticek et al., «Psychosocial Factors as Strong Predictors of Mortality from Cancer, Ischaemic Heart Disease and Stroke :The Yugoslav Prospective Study,» Journal of Psychosomatic Research 29, no. 2 (1985), 167–76.
4. C.B. Pert et al., «Neuropeptides and Their Receptors: A Psychosomatic Network,» The Journal of Immunology 135, no. 2 (August 1985).
5. Candace Pert, Molecules of Emotion :Why You Feel the Way You Feel (New York: Touchstone, 1999), 22–23.
6. E. R. De Kloet,«Corticosteroids, Stress, and Aging,» Annals of New York Academy of Sciences, 663 (1992), 358.
7. Rajesh K. Naz, Prostate: Basic and Clinical Aspects (Boca Raton: CRC Press,1997), 75.

8. J. K. Kiecolt-Glaser and R. Glaser,«Psychoneuroimmunology and Immunotoxicology: Implications for Carcinogenesis,» Psychosomatic Medicine 61 (1999), 271–72.
9. C.Tournier et al.,«Requirement of JNK for Stress-Induced Activation of the Cytochrome c-Mediated Death Pathway,» Science 288 (5 May 2000), 870–74.
10. W. Jung and M. Irwin, «Reduction of Natural Killer Cytotoxic Activity in Major Depression: Interaction between Depression and Cigarette Smoking,» Psychosomatic Medicine 61 (1999), 263–70.
11. H.Anisman et al.,«Neuroimmune Mechanisms in Health and Disease: 2. Disease,» Canadian Medical Association Journal 155, no. 8 (15 October 1996).
12. Levy, Behavior and Cancer, 146–47
13. C. Shively et al., «Behavior and Physiology of Social Stress and Depression in Female Cynomolgus Monkeys, Biological Psychiatry 41 (1997), 871–82.
14. M. D. Marcus et al.,«Psychological correlates of functional hypothalamic amenorrhea,» Fertility and Sterility 76, no. 2 (August 2001), 315.
15. J. C. Prior,«Ovulatory Disturbances :They Do Matter,» Canadian Journal of Diagnosis, February 1997.
16. J. G. Goldberg, ed., Psychotherapeutic Treatment of Cancer Patients (New York :The Free Press, 1981), 46.
17. B. A. Stoll, ed., Prolonged Arrest of Cancer (Chichester: John Wiley & Sons, 1982), 1.
18. Levy, Behavior and Cancer, 146
19. C. L. Cooper, ed., Stress and Breast Cancer (Chichester: John Wiley & Sons, 1988), 32.

20. المرجع نفسه.

21. المرجع نفسه، 31–32.

22. المرجع نفسه، 123.

23. J. G. Goldberg, ed., Psychotherapeutic Treatment of Cancer Patients, 45.

24. L. Elit,«Familial Ovarian Cancer,» Canadian Family Physician 47 (April 2001).
25. Gilda Radner, It's Always Something (New York: Simon and Schuster, 1989).

8: الخير من وراء ذلك

1. G. L. Lu-Yao et al., «Effect of Age and Surgical Approach on Complications and Short-Term Mortality after Radical Prostatectomy—A Population Based Study,» Urology 54, no. 2 (August 1999), 301–7.
2. Larry Katzenstein, «Can the Prostate Test Be Hazardous to Your Health?» The New York Times, 17 February 1999.
3. Study discussed in the periodical Cancer, 1997، مذكور في المرجع نفسه.
4. C. J. Newschaffer et al., «Causes of Death in Elderly Cancer Patients and in a Comparison Nonprostate Cancer Cohort,» Journal of the National Cancer Institute 92, no.8 (19 April 2000), 613–22.
5. The Journal of the American Medical Association, 5 May 1999
6. S. M. Levy, ed., Biological Mediators of Behavior and Disease: Neoplasia (New York: Elsevier Biomedical, 1981), 76.
7. T. E. Seeman and B. S. McEwen, «Impact of Social Environment Characteristics on Neuroendocrine Regulation,» Psychosomatic Medicine 58 (September–October 1996), 462.
8. D. France,«Testosterone, the Rogue Hormone, Is Getting a Makeover,» The New York Times, 17 February 1999.
9. U. Schweiger et al., «Testosterone, Gonadotropin, and Cortisol Secretion in Male Patients with Major Depression,» Psychosomatic Medicine 61 (1999), 292–96.
10. Naz, Prostate, 14
11. Roger S. Kirby et al., Prostate Cancer (St. Louis: Mosby, 2001), 29.

12. المرجع نفسه، 15.

13. Levy, Biological Mediators..., 74
14. Naz, Prostate, 17

15. المرجع نفسه، 87.

16. R. P. Greenberg and P. J.Dattore,«The Relationship between Dependency and the Development of Cancer,» Psychosomatic Medicine 43, no. 1 (February 1981).
17. New England Journal of Medicine 340: 884–87, cited in The Journal of the American Medical Association (5 May 1999), 1575.
18. 18.Andrew Kirtzman, Rudy Giuliani: Emperor of the City (New York: HarperPerennial, 2001).
19. Lance Armstrong, It's Not about the Bike: My Journey Back to Life (New York: Berkley Books, 2001).
20. A. Horwich, ed., Testicular Cancer: Investigation and Management (Philadelphia: Williams & Wilkins, 1991), 6.

9: هل توجد «شخصية سرطانية»؟

1. Levy, Behavior and Cancer, 19
2. W. Kneier and L.Temoshok,«Repressive Coping Reactions in Patients with Malignant Melanoma as Compared to Cardiovascular Patients,» Journal of Psychosomatic Research 28, no. 2 (1984), 145–55.
3. L.Temoshok and B. Fox, «Coping Styles and Other Psychosocial Factors Related to Medical Status and to Prognosis in Patients with Cutaneous Malignant Melanoma,» in B. Fox and B. Newberry, eds., Impact of Psychoendocrine Systems in Cancer and Immunity (New York: C. J. Hogrefe, 1984), 263.
4. Levy, Behavior and Cancer, 17
5. G. A. Kune et al.,«Personality as a Risk Factor in Large Bowel Cancer: Data from the Melbourne Colorectal Cancer Study,» Psychological Medicine 21 (1991): 29–41.
6. C. B.Thomas and R. L. Greenstreet, «Psychobiological Characteristics in Youth as Predictors of Five Disease States: Suicide, Mental Illness, Hypertension, Coronary Heart Disease and Tumor,» Hopkins Medical Journal 132 (January 1973), 38.

10: الحل بيد خمسة وخمسين بالمئة

1. Malcolm Champion et al., eds., Optimal Management of IBD: Role of the Primary Care Physician (Toronto: The Medicine Group, 2001).

2. G. Moser et al.,«Inflammatory Bowel Disease: Patients' Beliefs about the Etiology of Their Disease—A Controlled Study,» Psychosomatic Medicine 55 (1993), 131, cited in R. Maunder, «Mediators of Stress Effects in Inflammatory Bowel Disease: Not the Usual Suspects,» Journal of Psychosomatic Research 48 (2000), 569–77.
3. G. L. Engel, as paraphrased in G. F. Solomon et al., «Immunity, Emotions, and Stress,» Annals of Clinical Research 6 (1974), 313–22.
4. G. L. Engel, «Studies of Ulcerative Colitis III: The Nature of the Psychological Process,» American Journal of Medicine 19 (1955), 31, cited in A.Watkins, ed., Mind-Body Medicine :A Clinician's Guide to Psychoneuroimmunology (New York: Churchill Livingstone, 1997), 140.
5. D. A. Drossman, «Presidential Address: Gastrointestinal Illness and the Biopsychosocial Model,» Psychosomatic Medicine 60 (1998): 258–67.
6. S. R.Targan, «Biology of Inflammation in Crohn's Disease: Mechanisms of Action of Anti-TNF-Alpha Therapy,» Canadian Journal of Gastroenterology: Update on Liver and Inflammatory Bowel Disease, vol. 14, supplement C (September 2000).
7. H.Anisman et al., «Neuroimmune Mechanisms in Health and Disease: 1: Health,» Canadian Medical Association Journal 155, no. 7 (1 October 1996), 872.
8. Drossman, «Presidential Address,» 265
9. S. Levenstein et al., «Stress and Exacerbation in Ulcerative Colitis: A Prospective Study of Patients Enrolled in Remission,» American Journal of Gastroenterology 95, no. 5, 1213–20.
10. Noel Hershfield, «Hans Selye, Inflammatory Bowel Disease and the Placebo Response,» Canadian Journal of Gastroenterology 11, no. 7 (October 1997): 623–24.

11: المشكلة تكمن في رأسها

1. Y. Ringel and D. A. Drossman, «Toward a Positive and Comprehensive Diagnosis of Irritable Bowel Syndrome,» <Medscape/gastro/journal> 2, no. 6 (26 December 2000).
2. Drossman, «Presidential Address,» 259

3. المرجع نفسه.
4. E.A. Mayer and H. E. Raybould, «Role of Visceral Afferent Mechanisms in Functional Bowel Disorders,» Gastroenterology 99 (December 1990): 1688–1704.
5. Drossman, «Presidential Address,» 263
6. Lin Chang, «The Emotional Brain, in Diagnosis and Management of Irritable Bowel Syndrome,» (Oakville: Pulsus Group, 2001), 2. Highlights from a symposium held during Canadian Digestive Diseases Week, Banff, Alberta, 26 February 2001.
7. J. Lesserman et al.,«Sexual and Physical Abuse History in Gastroenterology Practice: How Types of Abuse Impact Health Status,» Psychosomatic Medicine 58 (1996), 4–15.
8. المرجع نفسه.
9. M. D. Gershon, The Second Brain:The Scientific Basis of Gut Instinct (New York: HarperCollins, 1998), xiii.
10. Mayer and Raybould,«Role of Visceral Afferent Mechanisms in Functional Bowel Disorders.»
11. Lin Chang,«The Emotional Brain...»
12. Drossman,«Presidential Address,» 262
13. L. A. Bradley et al.,«The Relationship between Stress and Symptoms of Gastroesophageal Reflux:The Influence of Psychological Factors,» American Journal of Gastroenterology 88, no.1 (January 1993), 11–18.
14. W. J. Dodds et al.,«Mechanisms of Gastroesophageal Reflux in Patients with Reflux Esophagitis,» New England Journal of Medicine 307, no. 25 (16 December 1982), 1547–52.
15. D. A. Drossman et al.,«Effects of Coping on Health Outcome among Women with Gastrointestinal Disorders,» Psychosomatic Medicine 62 (2000), 309–17.

12: سأموت من الأعلى أولًا

1. M. J. Meaney et al., «Effect of Neonatal Handling on Age-Related Impairments Associated with the Hippocampus,» Science 239 (12 February 1988), 766–68.

2. D.A. Snowdon et al., «Linguistic Ability in Early Life and the Neuropathology of Alzheimer's Disease and Cerebrovascular Disease: Findings from the Nun Study,» Annals of the New York Academy of Sciences 903 (April 2000), 34–38.
3. Victoria Glendinning, Jonathan Swift: A Portrait (Toronto: Doubleday Canada, 1998).
4. David Shenk, The Forgetting: Alzheimer's:The Portrait of an Epidemic (New York: Doubleday, 2001).
5. D. A. Snowdon, «Aging and Alzheimer's Disease: Lessons from the Nun Study,» Gerontologist 38, no. 1 (February 1998), 5–6.
6. V.A. Evseev et al., «Dysregulation in Neuroimmunopathology and Perspectives of Immunotherapy,» Bulletin of Experimental Biological Medicine 131, no. 4 (April 2001), 305–308.
7. M. F. Frecker et al., «Immunological Associations in Familial and Non-familial Alzheimer's Patients and Their Families,» Canadian Journal of Neurological Science 21, no. 2 (May 1994), 112–19.
8. M. Popovic et al., «Importance of Immunological and Inflammatory Processes in the Pathogenesis and Therapy of Alzheimer's Disease,» International Journal of Neuroscience 9, no. 3–4 (September 1995), 203–36.
9. F. Marx et al., «Mechanisms of Immune Regulation in Alzheimer's Disease:A Viewpoint,» Arch Immunol Ther Exp (Warsz) 47, no. 4 (1999), 204 209.
10. J. K. Kiecolt-Glaser et al., «Emotions, Morbidity, and Mortality: New Perspectives from Psychoneuroimmunology,» Annual Review of Psychology 53 (2002), 83–107.
11. Edmund Morris, Dutch: A Memoir of Ronald Reagan (New York: Modern Library, 1999).
12. Michael Korda, Another Life (New York: Random House, 1999).

13: الذات أم الغير: الجهاز المناعي مشوش

1. C. E. G. Robinson, «Emotional Factors and Rheumatoid Arthritis,» Canadian Medical Association Journal 77 (15 August 1957), 344–45.

2. B. R. Shochet et al.,«A Medical-Psychiatric Study of Patients with Rheumatoid Arthritis,» Psychosomatics 10, no. 5 (September–October 1969), 274.
3. John Bowlby, Attachment, 2nd ed. (New York: Basic Books, 1982), 377.
4. R. Otto and I. R. Mackay,«Psycho-Social and Emotional Disturbance in Systemic Lupus Erythematosus,» Medical Journal of Australia, (9 September 1967), 488–93.
5. John Bowlby, Loss (New York: Basic Books, 1980), 69
6. Bowlby, Attachment, 68
7. Michael Hagmann,«A New Way to Keep Immune Cells in Check,» Science, 1945.
8. P. Marrack and J.W. Kappler,«How the Immune System Recognizes the Body,» Scientific American, September 1993.
9. G. F. Solomon and R. H. Moos,«The Relationship of Personality to the Presence of Rheumatoid Factor in Asymptomatic Relatives of Patients with Rheumatoid Arthritis,» Psychosomatic Medicine 27, no. 4 (1965), 350–60.
10. M.W. Stewart et al., «Differential Relationships between Stress and Disease Activity for Immunologically Distinct Subgroups of People with Rheumatoid Arthritis,» Journal of Abnormal Psychology 103, no. 2 (May 1994), 251–58.
11. D. J.Wallace,«The Role of Stress and Trauma in Rheumatoid Arthritis and Systemic Lupus Erythematosus,» Seminars in Arthritis and Rheumatism 16, no. 3 (February 1987), 153–57.
12. S. L. Feigenbaum et al.,«Prognosis in Rheumatoid Arthritis:A Longitudinal Study of Newly Diagnosed Adult Patients,» The American Journal of Medicine 66 (March 1979).
13. J. M. Hoffman et al.,«An Examination of Individual Differences in the Relationship between Interpersonal Stress and Disease Activity Among Women with Rheumatoid Arthritis,» Arthritis Care Research 11, no. 4 (August 1998), 271–79.
14. J. M. Hoffman et al.,«Examination of Changes in Interpersonal Stress as a Factor in Disease Exacerbations among Women with Rheumatoid

Arthritis,» Annals of Behavioral Medicine 19, no. 3a (Summer 1997), 279–86.
15. L. R. Chapman, et al.,«Augmentation of the Inflammatory Reaction by Activity of the Central Nervous System,» American Medical Association Archives of Neurology 1 (November 1959). 16. Hoffman,«Examination of Changes in Interpersonal Stress...»

14: التوازن الدقيق: بيولوجيا العلاقات

1. Hofer, «Relationships as Regulators.»
2. Buck,«Emotional Communication, Emotional Competence, and Physical Illness,» 42.
3. Seeman and McEwen, «Impact of Social Environment Characteristics...»
4. E. Pennisi,«Neuroimmunology:Tracing Molecules That Make the Brain-Body Connection,» Science 275 (14 February 1997), 930–31.
5. G. Affleck et al.,«Mood States Associated with Transitory Changes in Asthma Symptoms and Peak Expiratory Flow,» Psychosomatic Medicine 62, 62–68.
6. D. A. Mrazek,«Childhood Asthma:The Interplay of Psychiatric and Physiological Factors,» Advances in Psychosomatic Medicine 14 (1985), 16–32.
7. المرجع نفسه، 2.
8. I. Florin et al.,«Emotional Expressiveness, Psychophysiological Reactivity and Mother-Child Interaction with Asthmatic Children,» in Pennebaker and Treve, Emotional Expressiveness, Inhibition and Health, 188–89.
9. S. Minuchin et al, «A Conceptual Model of Psychosomatic Illness in Children, Family Organization and Family Therapy,» Archives of General Psychiatry 32 (August 1975), 1031–38.
10. M.A. Price et al., «The Role of Psychosocial Factors in the Development of Breast Carcinoma. Part II: Life Event Stressors, Social Support, Defense Style, and Emotional Control and Their Interactions,» Cancer 91, no. 4 (15 February 2001), 686–97.
11. P. Reynolds and G.A. Kaplan,«Social Connections and Risk for Cancer: Prospective Evidence from the Alameda County Study,» Behavioral Medicine, (Fall 1990), 101–10.

12. لمعرفة المزيد عن المناقشة الكاملة حول التمايز، انظر:
Michael E. Kerr and Murray Bowen, Family Evaluation: An Approach Based on Bowen Theory (New York: W.W. Norton & Company, 1988), chapter 4, 89–111.

13. S. E. Locke, «Stress, Adaptation, and Immunity: Studies in Humans,» General Hospital Psychiatry 4 (1982), 49–58.

14. J. K. Kiecolt-Glaser et al.,«Marital Quality, Marital Disruption, and Immune Function,» Psychosomatic Medicine 49, no. 1 (January–February 1987).

15. Kerr and Bowen, Family Evaluation, 182

16. Seeman and McEwen, «Impact of Social Environment Characteristics...,» 459.

15: بيولوجيا الفقد

1. L. Grassi and S. Molinari, «Early Family Attitudes and Neoplastic Disease,» Abstracts of the Fifth Symposium on Stress and Cancer, Kiev, 1984; cited in H. J. Baltrusch and M. E.Waltz,«Early Family Attitudes and the Stress Process—A Life Span and Personological Model of Host-Tumor Relationships: Biopsychosocial Research on Cancer and Stress in Central Europe,» in Stacey B. Day, ed., Cancer, Stress and Death (New York: Plenum Medical Book Company, 1986), 275.

2. المرجع نفسه، 277.

3. L. G. Russek et al.,«Perceptions of Parental Caring Predict Health Status in Midlife: A 35-Year Follow-up of the Harvard Mastery Stress Study,» Psychosomatic Medicine 59 (1997), 144–49.

4. M.A. Hofer,«On the Nature and Consequences of Early Loss,» Psychosomatic Medicine 58 (1996), 570–80.

5. «Kisses and Chemistry Linked in Rats,» The Globe and Mail (Toronto) 17 September 1997.

6. Hofer,«On the Nature and Consequences of Early Loss.»

7. S. Levine and H. Ursin, «What is Stress?» in S. Levine and H. Ursin, eds., Psychobiology of Stress, (New York: Academic Press, 1972), 17.

8. Allan Schore, Affect Regulation and the Origin of the Self:The Neurobiology of Emotional Development (Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, 1994), 378.

16: رقصة الأجيال

1. M. Marmot and E. Brunner,«Epidemiological Applications of Long Term Stress in Daily Life,» in T.Theorell, ed., Everyday Biological Stress Mechanisms, vol. 22 (Basel: Karger, 2001), 89–90.
2. C. Caldji et al.,«Maternal Care During Infancy Regulates the Development of Neural Systems Mediating the Expression of Fearfulness in the Rat,» Neurobiology 95, no. 9 (28 April 1998), 5335–40.
3. C. Caldji et al.,«Variations in Maternal Care in Infancy Regulate the Development of Stress Reactivity,» Biological Psychiatry 48, no. 12, 1164–74.
4. L. Miller et al., «Intergenerational Transmission of Parental Bonding among Women,» Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 36 (1997), 1134–39.
5. R.Yehuda et al.,«Cortisol Levels in Adult Offspring of Holocaust Survivors: Relation to PTSD Symptom Severity in the Parent and Child,» Psychoneuroendocrinology 27, no. 1–2 (2001), 171–80.
6. D. J. Siegel, The Developing Mind:Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience (New York: The Guilford Press, 1999), 73.
7. Selye, The Stress of Life, 81
8. Kerr and Bowen, Family Evaluation, 259
9. Caldji,«Variations In Maternal Care in Infancy...»
10. M. Kerr,«Cancer and the Family Emotional System,» in J. G. Goldberg, ed., Psychotherapeutic Treatment of Cancer Patients (New York:The Free Press, 1981), 297.
11. Selye, The Stress of Life, 391
12. D. Raphael, Social Justice Is Good for Our Hearts:Why Societal Factors—Not Lifestyles—Are Major Causes of Heart Disease in Canada and Elsewhere (Toronto: CSJ Foundation for Research and Education, 2002), xi; report available at http://www.socialjustice.org.

13. M. G. Marmot et al., «Inequalities in Death—Specific Explanations of a General Pattern,» Lancet 3 (1984), 1003–6, cited in M. Marmot and E. Brunner, «Epidemiological Applications of Long-Term Stress in Daily Life,» in T.Theorell, ed., Everyday Biological Stress Mechanisms, 83.

17: بيولوجيا المعتقد

1. B. H. Lipton, «Nature, Nurture and Human Development,» Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health 16, no. 2 (2001), 167–80.

18: قوة التفكير السلبي

1. Kerr and Bowen, Family Evaluation, 279
2. Mogens R. Jensen, «Psychobiological Factors Predicting the Course of Breast Cancer,» Journal of Personality 55, no. 2 (June 1987), 337.
3. Levy, Behavior and Cancer, 165
4. S.Warren et al., «Emotional Stress and the Development of Multiple Sclerosis: Case- Control Evidence of a Relationship,» Journal of Chronic Disease 35 (1982), 821–31.
5. Ford, A Glad Awakening
6. Candace B. Pert, Molecules of Emotion, 193

19: مبادئ الشفاء السبعة

1. A. J. Bdurtha et al., «A Clinical, Histologic, and Immunologic Study of a Case of Metastatic Malignant Melanoma Undergoing Spontaneous Remission,» Cancer 37 (1976), 735–42.
2. Rogentine et al., cited in B. Fox and B. Newberry, eds., Impact of Psychoendocrine Systems in Cancer and Immunity (New York: C. J. Hogrefe, 1984), 259.
3. المرجع نفسه، 267.
4. F. I. Fawzy et al., «Malignant Melanoma: Effects of an Early Structured Psychiatric Intervention, Coping, and Affective State on Recurrence and Survival 6 Years Later,» Archives of General Psychiatry 50 (1993), 681–89; cited in Michael Lerner, Choices in Healing (Cambridge, Mass.:The MIT Press, 1994), 159.

5. F. I. Fawzy et al.,«A Structured Psychiatric Intervention for Cancer Patients: Changes over Time in Immunologic Measures,» Archives of General Psychiatry 47 (1990), 729–35.
6. Oliver Sacks, The Man Who Mistook His Wife for a Hat and Other Clinical Tales (New York: HarperPerennial, 1990).
7. A. F. Siegman et al.,«Antagonistic Behavior, Dominance, Hostility, and Coronary Heart Disease,» Psychosomatic Medicine 62 (2000), 248–57.
8. L. R. Ormont,«Aggression and Cancer in Group Treatment» in Jane G. Goldberg, ed., The Psychotherapy of Cancer Patients (New York: The Free Press, 1981), 226.
9. V. J. Felitti et al.,«Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults:The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study,» American Journal of Preventative Medicine 14, no. 4 (1998), 245–58.



المصادر

فيما يلي قائمة قصيرة بالمصادر للمهتمين بالشفاء، أو بالوقاية من اعتلال الصحة. تركز هذه المصادر على البرامج التي تتناول فهم الضغط النفسي وتقليله، أو التعريف ببيولوجيا المعتقد المتأصلة فينا وتحريرنا منها. ولا تتضمن القائمة مجموعات الدعم المحلية والوطنية العديدة لأمراض بعينها مثل التصلب المتعدد والتصلب الجانبي الضموري والتهاب المفاصل والفيبرومالجيا والإعياء المزمن وسرطان الثدي وسرطان المبيض وما إلى ذلك.

1. بدء رحلة الشفاء: استجابة نشطة لأزمة السرطان

برنامج طوَّره د. أليستر كاننجهام، أستاذ الفيزياء الحيوية والطب النفسي في جامعة تورنتو، وباحث عالمي مشهور في علم الأمراض النفسية، فضلًا عن كونه أحد الناجين من السرطان. حاصل على درجة الدكتوراه في بيولوجيا الخلايا وعلم النفس وألقى محاضرات على نطاق واسع في الولايات المتحدة وكندا وأوروبا وأستراليا ونيوزيلندا حول أبحاثه عن الشفاء واكتشافاته. يستند برنامج «رحلة الشفاء» إلى عمل د. كاننجهام مع مرضى السرطان في معهد أونتاريو للسرطان على مدار عشرين عامًا. يتضمن نهجه استكشاف ماهية الضغط النفسي والاسترخاء والتخيُّل الذهني الموجَّه والتحكم في الفكر وأساليب أخرى.

أظهر بحث د. كاننجهام «ارتباطًا قويًّا بين النجاة لفترة أطول، وبين إشراك مرضى السرطان في أنشطة المساعدة الذاتية النفسية». على الرغم من عمله

المكثف مع السرطان، لم يراوده أدنى شك في أن أساليبه يمكنها أن تساعد في جميع الأمراض التي ناقشناها في هذا الكتاب. «رحلة الشفاء» متاح دوليًّا في سلسلة من أشرطة الفيديو والأشرطة الصوتية وكتاب. ويمكن شراؤه من «مجلس خدمات الصحة العالمية» غير الربحي، ورقم هاتفه المجاني هو 9909-999-866-1. موقع الويب: http://www.beginningyourhealingjourney.org.

2. المعهد الكندي للضغط النفسي

أسسه د. هانز سيلي في عام 1979. يقدم المعهد برامج تثقيفية حول الضغط النفسي للمؤسسات والشركات، يشمل متحدثين باسمه، ويوفِّر تقييمًا للضغط النفسي وجلسات الاستشارة للأفراد. كما يقدم صفوفًا دراسية عبر الهاتف. مدير المعهد الكندي للضغط النفسي هو د. ريتشارد إيرل، الذي كان في السابق زميلًا مقربًا لـ د. سيلي بجامعة ماكجيل. موقع الويب: http://www.stresscanada.org.

3. شبكة الأخبار الصحية

مركز معلومات على شبكة الإنترنت لدراسة العقل والجسد في الصحة والمرض، والتحكم في الضغط النفسي والوقاية من الأمراض. تتوفر هنا مناقشات ملخَّصة للعديد من القضايا التي تناولناها في كتاب عندما يقول الجسد لا، وقائمة طويلة من الروابط لأمراض وحالات معينة. موقع الويب: http://www.healthnewsnet.com.

4. منصة لاندمارك

منتدى لاندمارك هو برنامج متاح في العديد من البلاد، تديره مؤسسة لاندمارك التعليمية. وقد شاركتُ فيه شخصيًّا. منتدى لاندمارك هو أقوى برنامج أعرفه لتبديد بيولوجيا المعتقد الراسخة. يعمل نهجهم على مساعدة الناس في بلوغ الحاضر من خلال إنهاء الماضي، أي التخلي عن الواجبات والمفاهيم والدوافع المستمَدةِ من تفسيراتهم المبكرة لتجربة الطفولة. كما بيَّنا في هذا الكتاب، فإن هذه التفسيرات الثابتة –وإن كانت غير واعية– هي التي تكمن وراء العديد من ضغوطنا المزمنة وتتسبب فيها. الفعالية الأولى

لبرنامج لاندمارك عبارة عن ورشة عمل لمدة ثلاثة أيام، تليها ندوة مسائية أسبوعية. أوصي به الناس بحرارة في أيٍّ من مراحل الحياة كتجربة تثقيفية وتحويلية أساسية في تخفيف وإزالة الضغوط الذاتية والتي كتبتُ عنها في هذا الكتاب. موقع الويب: http://www.landmarkeducation.com.

5. حلقات تدريب وتطوير المهنيين pd Seminars، جزيرة جابريولا، كولومبيا البريطانية

منظمة مقرها في جزيرة جابريولا بكولومبيا البريطانية. وهي منظمة مكرسة للنمو الشخصي والشفاء. أسسها الطبيبان بينيت وونج وجوك ماكين، اللذان شعرا بالحاجة إلى تعزيز فهمهما للصحة ليتجاوز النموذج الغربي التقليدي. البرامج المحلية للتطوير الشخصي والمهني التي تديرها حلقات PD تختلف في مدتها، إذ تتراوح بين بضعة أيام وعدة أسابيع، وتقدم مجموعة واسعة من النُّهُج، بما فيها التأمل والعلاج بحقول التفكير والموسيقى والكتابة والحركة، فضلًا عن التعبير عن الغضب وتعلم وضع الحدود وعلم الطاقة وتدريبات التنفس. استفاد العديد من الأشخاص المصابين بأمراض مزمنة أو ضغط مزمن من واحد أو أكثر من برامج PD. الهاتف: (250) 247-9211 موقع الويب: http://www.pdseminars.com.

6. د. بروس ليبتون

ساعد عمل عالم الأحياء الجزيئية د. بروس ليبتون في سد الفجوة بين العلوم الأساسية وعلم النفس التنموي. كان ليبتون، الأستاذ المشارك السابق في علم التشريح بكلية الطب في جامعة ويسكونسن، أول من أثبت أن بيولوجيا المعتقد متأصلة على المستوى الخلوي. كما أنه قد طور أساليب لمساعدة الناس على تحرير أنفسهم من تلك البرمجة النفسية البيولوجية المبكرة. تتوفر المعلومات المتعلقة بمحاضرات الفيديو الديناميكية خاصته على موقع الويب: http://www.brucelipton.com.

شكر وتقدير

إنني مدين بعظيم الامتنان للكثير من الناس، بعضهم من المرضى السابقين والبعض الآخر ممن التقيتهم حديثًا، والذين شاركوني بصدر رحب تاريخ حياتهم ومعاناتهم وأرواحهم حتى يتسنى للآخرين التعلم من خلال قراءة ما اضطروا هم إلى تعلمه بتجارب مؤلمة.

دعمت ديان مارتن من دار «كنوبف» الكندية هذا العمل الذي لم يكن سوى بضع كلمات على العشاء قبل أربع سنوات. لقد شقت طريقها بصعوبة خلال مخطوطة طويلة ومؤلمة باهتمام وتعاطف تجاه كلٍّ من المؤلف والقارئ، وكلاهما استفاد من توجيهاتها المهنية الماهرة. كما أنني ممتن أيضًا لتوم ميلر من شركة «جون وايلي وأبناؤه» في نيويورك، الذي أدرك إمكانيات كتابي المقترح حيث لم يرَ الناشرون الأمريكيون الآخرون أكثر من «كتاب آخر عن الضغط النفسي».

كانت سيارا أومارا سوليفان في فرجينيا هي الناقدة / المحررة / الكاتبة المشاركة غير الرسمية التي أرسلتها إليَّ السماء وصديقتي عن بعد. لقد دخلت دون سابق إنذار عبر الإنترنت، مصادفةً، وشرعت بخبرة في جعل تأليف الكتاب -إن لم تكن حياتي كلها- أسهل كثيرًا. ما كان لهذا الكتاب أن يمثُل أمام القارئ بشكله الحالي دون مساعدتها.

ضمن وكيل أعمالي، دينيس بوكوفسكي، أن يُنشَر كتاب «عندما يقول الجسد لا» في خمس دول على الأقل وبعدة لغات. كما قدَّم لي نصيحة تحريرية في مرحلة متأخرة جدًّا حوَّلت المخطوطة إلى شيء أقرب بكثير إلى ما كنت أهدف إليه في الأصل.

قدمت هيذر دنداس وإلسا ديلوكا مساعدة تقنية لا غنى عنها في تدوين أكثر من مائتي ساعة من المقابلات بأمانة.

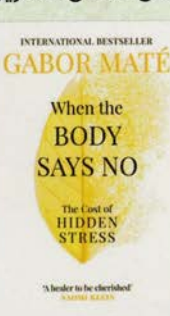
كانت زوجتي وشريكة روحي، راي، ناقدة صارمة وداعمة مخلصة ثاقبة النظر. وبفضل شجاعتها العاطفية وحبها وحكمتها، حذفتُ الكثير مما لا ينبغي أن يكون في هذا الكتاب. وما زال الكثير مما أعتز به في حياتي حاضرًا بفضل تلك الصفات نفسها.





هـل يمكن أن يمـوت المرء -حرفيًّا- مـن فرط الوحدة؟ هـل يوجد رابط بين القـدرة علـى التعبير عـن العواطف ومـرض ألزهايمر؟ هل ثمـة ما يُدعى بـ «الشخصية السرطانية»؟

يجيـب كتاب «عندما يقول الجسـد لا» عن أسـئلة شـائكة حـول الرابط بين العقـل والجسـد، وعـن الـدور الـذي يلعبـه الضغـط النفسـي والتركيبة العاطفيـة للمـرء في مختلـف الأمراض الشـائعة مثل التهـاب المفاصل والسـرطان والسـكري وأمـراض القلـب ومتلازمـة القولـون العصبـي والتصلـب المتعدد. وهي إجابات مسـتمدة من بحوث علمية مسـتفيضة ومن العمل السريري المشهود الذي مارسه د. جابور ماتيه.



ومـع عشـرات مـن دراسـات الحالـة ومـن قصـص مشـاهير المرضـى، بمـن فيهـم سـتيفن هوكينـج ورونالـد ريجـان رئيـس الولايـات المتحـدة السـابق وبيتـي فـورد السـيدة الأولـى السـابقة للولايـات المتحـدة، يُميـط جابـور ماتيـه اللثـام عـن «مبـادئ الشـفاء السـبعة»: أُسـس التعافـي والوقايـة مـن أمراض الضغط النفسي الخفي.

غلاف: عبد الرحمن الصواف


9 789779 922164





www.aseeralkotb.com
contact@aseeralkotb.com
aseeralkotb
aseeralkotb
aseeralkotb